Santé Canada | Health Canada

Votre santé et votre sécurité... notre priorité. | *Your health and safety... our priority.*

Loi canadienne sur la santé

Rapport annuel 2007–2008

Canada

Santé Canada est le ministère fédéral chargé d'aider les Canadiennes et les Canadiens à conserver et à améliorer leur santé. Il est déterminé à améliorer la vie de toute la population et à faire du Canada l'un des pays où les gens sont le plus en santé au monde, comme en témoignent la longévité, les habitudes de vie et l'utilisation efficace du système public de soins de santé.

Publication autorisée par le ministre de la Santé.

Loi canadienne sur la santé – Rapport annuel 2007-2008
est disponible sur Internet à l'adresse suivante :
www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/index-fra.php

Also available in English under the title:
Canada Health Act — Annual Report 2007–2008

La présente publication est également disponible sur demande sur disquette,
en gros caractères, sur bande sonore ou en braille.

Pour obtenir plus de renseignements ou des copies supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Santé Canada
Indice de l'adresse : 0900C2
Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Téléphone : 613-957-2991
Sans frais : 1 866 225-0709
Télécopieur : 613-941-5366

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de Santé Canada, 2008

Tous droits réservés. Il est interdit de reproduire ou de transmettre l'information (ou le contenu de la publication ou produit), sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, enregistrement sur support magnétique, reproduction électronique, mécanique, ou par photocopie, ou autre, ou de l'emmagasiner dans un système de recouvrement, sans l'autorisation écrite préalable du ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Ottawa, Ontario K1A 0S5 ou copyright.droitdauteur@pwgsc.gc.ca.

SC Pub. : 1264

Cat. : H1-4/2008F

ISBN : 978-1-100-90246-3

Minister of Health Ministre de la Santé

The Honourable/L'honorable Leona Aglukkaq

Ottawa, Canada K1A 0K9

Son Excellence la très honorable Michaëlle Jean,
Gouverneure générale et Commandante en chef du Canada

Qu'il plaise à Votre Excellence,

J'ai l'honneur de présenter à Votre Excellence le rapport annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé pour l'exercice qui s'est terminé le 31 mars 2008.

Je vous prie d'agréer, Madame la Gouverneure générale, l'assurance de mon profond respect.

Leona Aglukkaq

Canada

Remerciements

Santé Canada tient à souligner le travail qui a été exécuté et les efforts qui ont été déployés aux fins de la production du présent rapport annuel. Le dévouement et la diligence des ministères de la Santé énumérés ci-dessous, et de leur personnel, auront permis de présenter le présent rapport sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé*.

Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador

Ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse

Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

Santé Manitoba

Santé Saskatchewan

Santé et Mieux-être Alberta

Ministère des Services de la Santé de la Colombie-Britannique

Santé et Affaires sociales du Yukon

Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut

Il faut également souligner le travail considérable réalisé par l'équipe de production, notamment le personnel de l'unité de l'éditique, les services de traduction, de révision et de concordance et le personnel de Santé Canada, à l'administration centrale et dans les bureaux régionaux.

Table des matières

Remerciements ____ iii

Introduction ____ 1

Chapitre 1 – Aperçu de la Loi canadienne sur la santé ____ 3

Chapitre 2 – Application et conformité ____ 11

Chapitre 3 – Les régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux en 2007-2008 ____ 17

- Terre-Neuve-et-Labrador ____ 21
- Île-du-Prince-Édouard ____ 39
- Nouvelle-Écosse ____ 53
- Nouveau-Brunswick ____ 73
- Québec ____ 89
- Ontario ____ 97
- Manitoba ____ 117
- Saskatchewan ____ 143
- Alberta ____ 165
- Colombie-Britannique ____ 179
- Yukon ____ 207
- Territoires du Nord-Ouest ____ 227
- Nunavut ____ 237

Annexe A – Loi canadienne sur la santé et Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs ____ 251

Annexe B – Énoncés de politiques liées à la Loi canadienne sur la santé ____ 271

Annexe C – Processus de prévention et de règlement des différends liés à la Loi canadienne sur la santé ____ 283

Annexe D – Lexique des termes utilisés dans le Rapport annuel ____ 289

Coordonnées des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé ____ à la fin de ce Rapport

Introduction

Le Canada a un système de soins de santé essentiellement financé et administré par l'État. Le système canadien d'assurance-santé est une mosaïque de 13 régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux, et il est conçu pour garantir à tous les habitants admissibles du Canada un accès satisfaisant à des services médicaux et des services hospitaliers médicalement nécessaires, prépayés, sans qu'ils aient à payer des frais directs au point de service.

Le système canadien actuel d'assurance-santé est le fruit de plus de cinq décennies d'évolution. La Saskatchewan a été la première province à établir un régime d'assurance-hospitalisation public universel en 1947. Dix ans plus tard, le gouvernement du Canada a adopté la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* (1957) afin de partager le coût de ces services avec les provinces et les territoires. En 1961, les provinces et les territoires avaient tous des régimes d'assurance publics qui garantissaient un accès universel aux services hospitaliers. La Saskatchewan a encore une fois fait œuvre de pionnière en assurant les services médicaux à compter de 1962. Le gouvernement du Canada a adopté la *Loi sur les services médicaux* en 1966 pour partager avec les provinces et les territoires le coût des services médicaux assurés. En 1972, tous les régimes provinciaux et territoriaux avaient été élargis pour inclure les services médicaux.

En 1979, à la demande du gouvernement fédéral, le juge Emmett Hall a entrepris un examen de l'état des services de santé au Canada. Dans son rapport, il affirmait que les services de santé au Canada étaient parmi les meilleurs au monde, mais signalait que la surfacturation pratiquée par les médecins et les frais modérateurs exigés par les hôpitaux créaient un système à deux vitesses qui menaçait l'accessibilité des soins. Ce rapport, et le débat national qu'il a soulevé, ont conduit à l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* en 1984.

La *Loi canadienne sur la santé*, loi fédérale qui régit l'assurance-santé au Canada, définit les principes nationaux qui gouvernent le système canadien, c'est-à-dire gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité. Ces principes symbolisent les valeurs canadiennes sous-jacentes que sont l'équité et la solidarité.

Les rôles et les responsabilités à l'égard du système de soins de santé du Canada sont partagés entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux. L'administration et la prestation des services de soins de santé relèvent d'abord des gouvernements provinciaux et territoriaux. Ces gouvernements fixent donc leurs propres priorités, administrent leurs budgets de santé et gèrent leurs propres ressources. Le gouvernement fédéral, en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, détermine les critères et les conditions que les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux doivent respecter pour avoir droit à la pleine contribution pécuniaire au titre du Transfert canadien en matière de santé.

Chaque année, le ministre fédéral de la Santé doit rendre compte au Parlement de l'application de la *Loi canadienne sur la santé*, comme le prévoit l'article 23 de la *Loi*. Le moyen utilisé à cette fin est le *Rapport annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé*. Même s'il s'adresse d'abord aux parlementaires, le rapport est un document public facilement accessible qui rend compte en détail des services assurés dans chaque province et territoire. Le rapport annuel est structuré de manière à satisfaire aux obligations de rapport prévues dans la *Loi*, mais son objet n'est pas de commenter l'état du système de soins de santé canadien dans son ensemble.

Dans l'application de la *Loi*, Santé Canada met l'accent sur la transparence, la consultation et le dialogue avec les ministères de la Santé provinciaux et territoriaux. L'imposition de sanctions financières sous forme de déductions des paiements du Transfert canadien en matière de santé n'est considérée qu'en dernier recours, quand toutes les options pour régler un différend par la collaboration ont été épuisées. Conformément à l'engagement pris par les premiers ministres dans l'Entente cadre sur l'union sociale de 1999, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont convenu par un échange de lettres, en avril 2002, d'un processus de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*. Ce processus a été officialisé dans l'Accord de 2004 des premiers ministres. Malgré les dispositions prévues dans le processus pour le règlement des différends, le ministre fédéral de la Santé reste l'ultime responsable de l'interprétation et de l'application de la *Loi canadienne sur la santé*.

Dans l'ensemble, non seulement les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux respectent-ils les critères et les conditions de la *Loi canadienne sur la santé*, mais dans bien des cas, les lois et les règlements provinciaux et territoriaux réitèrent les principes de la *Loi*.

En 2007-2008, les sujets de préoccupation majeurs concernant le respect de la *Loi canadienne sur la santé* demeuraient les frais exigés des patients et le resquillage pour obtenir des services de santé médicalement nécessaires en clinique privée. Santé Canada en a fait part aux provinces qui permettent ces pratiques.

CHAPITRE 1

Aperçu de la Loi canadienne sur la santé

Le chapitre 1 décrit la *Loi canadienne sur la santé* et ses dispositions, et en présente les principales définitions. On y trouve également une description de son règlement et de ses dispositions réglementaires, à quoi s'ajoutent les lettres d'interprétation d'anciens ministres fédéraux de la Santé, soit M. Jake Epp et M^me^ Diane Marleau, à leurs homologues provinciaux et territoriaux, lettres qui sont utilisées dans l'interprétation et l'application de la *Loi*.

Qu'est-ce que la Loi canadienne sur la santé?

La *Loi canadienne sur la santé* est l'instrument législatif fédéral qui régit le régime d'assurance-santé public. Elle énonce l'objectif premier de la politique canadienne des soins de santé, qui consiste « à protéger, à promouvoir et à rétablir le bien-être physique et mental des résidents du Canada, et à leur donner, dans des conditions raisonnables, accès aux services de santé, sans que des obstacles financiers ou d'un autre ordre s'y opposent ».

La *Loi* établit les critères et les conditions applicables aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé que doivent respecter les provinces et les territoires pour avoir droit à la pleine contribution pécuniaire fédérale au titre du Transfert canadien en matière de santé.

La *Loi canadienne sur la santé* a pour objet de veiller à ce que tous les habitants admissibles du Canada aient un accès satisfaisant à des services médicalement nécessaires prépayés, sans avoir à débourser directement pour ces services au point de service.

Principales définitions de la Loi canadienne sur la santé

Les **assurés** sont les habitants admissibles d'une province ou d'un territoire. Au sens de la *Loi*, un habitant est « une personne domiciliée et résidant habituellement dans une province et légalement autorisée à être ou à rester au Canada, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite dans la province ».

Les personnes non visées par la *Loi* sont les membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada et les détenus dans les pénitenciers fédéraux.

Les **services de santé assurés** sont les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire (accomplis par un dentiste dans un hôpital, et qui ne peuvent être accomplis convenablement qu'en un tel établissement) médicalement nécessaires qui sont fournis aux assurés.

Selon la définition donnée dans la *Loi*, les **services hospitaliers assurés** sont les services médicalement nécessaires fournis aux malades hospitalisés ou externes, tels que l'hébergement et la fourniture des repas en salle commune ou, si médicalement nécessaires, en chambre privée ou semi privée; les services infirmiers; les actes de laboratoire, de radiologie ou autres actes de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires; les produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes administrés à l'hôpital; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et

des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires; le matériel et les fournitures médicaux et chirurgicaux; l'usage des installations de radiothérapie; l'usage des installations de physiothérapie; les services fournis par les personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital. Ne sont pas compris parmi les services hospitaliers assurés les services exclus par les règlements.

Selon la définition donnée dans la *Loi*, les **services médicaux assurés** sont les services médicalement nécessaires fournis par un médecin. Les services médicalement nécessaires sont généralement déterminés par les médecins de concert avec le régime d'assurance-santé de leur province ou territoire.

Les **services de chirurgie dentaire assurés** sont les services fournis par un dentiste dans un hôpital, qui ne peuvent être dispensés convenablement qu'en un tel établissement.

Selon la définition donnée dans la *Loi*, les **services complémentaires de santé** englobent certains aspects des soins de longue durée en établissement (soins intermédiaires en maison de repos et soins en établissement pour adultes) et les éléments des services de soins à domicile et de soins ambulatoires qui ont trait à la santé.

Exigences de la Loi canadienne sur la santé

La *Loi canadienne sur la santé* renferme neuf exigences auxquelles les provinces et les territoires doivent satisfaire pour avoir droit à la pleine contribution pécuniaire au titre du Transfert canadien en matière de santé, c'est à dire :

- cinq critères de programme qui s'appliquent uniquement aux services de santé assurés;
- deux conditions qui s'appliquent aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé;
- les dispositions concernant la surfacturation et les frais modérateurs qui s'appliquent uniquement aux services de santé assurés.

Les critères

1. Gestion publique (article 8)

Le critère de gestion publique, défini à l'article 8 de la *Loi canadienne sur la santé*, s'applique aux régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires. L'objet de ce critère est que les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux soient gérés sans but lucratif par une autorité publique comptable au gouvernement provincial ou territorial de ses décisions sur les niveaux de services et les services eux-mêmes, et assujettie à la vérification publique de ses comptes et de ses dossiers. Cependant, le critère n'empêche pas l'autorité publique de sous traiter les services administratifs nécessaires pour gérer les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux.

Le critère de gestion publique vise uniquement l'administration des régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux et n'empêche pas les fournisseurs ni les établissements privés de fournir des services de santé assurés, à la condition que des frais pour ces services ne soient pas imposés aux habitants admissibles.

2. Intégralité (article 9)

Le critère d'intégralité prévu dans la *Loi* exige que le régime d'assurance-santé d'une province ou d'un territoire couvre tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes (services de chirurgie dentaire qui doivent être dispensés en milieu hospitalier), et lorsque la loi de la province le permet, les services semblables ou additionnels fournis par d'autres professionnels de la santé.

3. Universalité (article 10)

Suivant le critère d'universalité, tous les habitants assurés d'une province ou d'un territoire ont droit

aux services de santé assurés offerts par le régime d'assurance-santé provincial ou territorial selon des modalités uniformes. En règle générale, les provinces et les territoires exigent des habitants qu'ils s'inscrivent au régime pour être admissibles aux services offerts.

Les nouveaux arrivants au Canada, comme les résidents permanents ou les Canadiens qui rentrent au pays après un séjour à l'étranger, peuvent être assujettis à une période d'attente d'au plus trois mois, imposée par la province ou le territoire, avant d'être admissibles aux services de santé assurés.

4. Transférabilité (article 11)

Les habitants qui déménagent dans une autre province ou un autre territoire doivent continuer d'être protégés par le régime d'assurance-santé de leur province ou territoire « d'origine » pendant le délai de carence imposé, le cas échéant, par la nouvelle province ou le nouveau territoire de résidence. Le délai d'admissibilité à un régime d'assurance-santé provincial ou territorial ne doit pas excéder trois mois. Après ce délai, la nouvelle province ou le nouveau territoire de résidence assume la couverture des soins de santé. Cependant, il incombe aux habitants de signaler leur départ au régime d'assurance-santé de leur province ou territoire et de s'inscrire au régime d'assurance-santé de leur nouvelle province ou de leur nouveau territoire.

Les habitants qui s'absentent temporairement de leur province ou territoire d'origine ou du Canada doivent continuer d'être couverts pour les services de santé assurés pendant leur absence. Ainsi, les personnes peuvent voyager ou s'absenter de leur province ou territoire d'origine pour une durée déterminée sans que cela n'affecte leur couverture par le régime d'assurance-santé.

Le critère de transférabilité n'autorise pas une personne à chercher à obtenir des services dans une autre province, un autre territoire ou un autre pays. Il lui permet plutôt de recevoir les services nécessaires en cas de besoin urgent ou nouveau lorsqu'elle s'absente temporairement, par exemple pour des raisons d'affaires ou des vacances.

Lorsque des assurés s'absentent temporairement pour aller dans une autre province ou un autre territoire, le critère de transférabilité exige que les services assurés soient payés selon les tarifs de la province d'accueil. Lorsque des assurés quittent temporairement le pays, les services assurés doivent être payés selon les tarifs de la province d'origine.

Pour que la protection s'étende à certains services non urgents, un assuré qui quitte temporairement sa province ou son territoire d'origine peut être tenu d'obtenir l'approbation préalable du régime d'assurance-santé de sa province ou de son territoire d'origine.

5. Accessibilité (article 12)

Le critère d'accessibilité vise à garantir aux assurés d'une province ou d'un territoire un accès satisfaisant aux services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés, selon des modalités uniformes et sans restriction, directe ou indirecte, sous forme de frais modérateurs ou de surfacturation ou par d'autres moyens (p. ex. la discrimination fondée sur l'âge, l'état de santé ou la situation financière).

De plus, le régime d'assurance-santé de la province ou du territoire doit prévoir :

- une rémunération raisonnable des médecins et des dentistes pour tous les services de santé assurés qu'ils fournissent;
- le versement de montants aux hôpitaux à l'égard du coût des services de santé assurés.

Aux fins de la *Loi canadienne sur la santé*, l'accès satisfaisant sur le plan de la disponibilité physique des services médicalement nécessaires a été interprété selon la règle « du lieu où les services sont offerts et de leur disponibilité ». Ainsi, les habitants d'une province ou d'un territoire ont droit à un accès aux services de santé assurés là où les services sont offerts et suivant la disponibilité de ces services, selon des modalités uniformes.

Les conditions

1. Renseignements [alinéa 13a)]

Aux fins de la *Loi*, les administrations provinciales et territoriales sont tenues de communiquer au ministre de la Santé, selon des modalités raisonnables, des renseignements touchant les services de santé assurés et les services complémentaires de santé.

2. Reconnaissance [alinéa 13b)]

Les administrations provinciales et territoriales doivent faire état des contributions financières fédérales aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé.

Surfacturation et frais modérateurs

Les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* qui visent à prévenir la surfacturation et l'imposition de frais modérateurs pour les services de santé assurés dans une province ou un territoire sont énoncées aux articles 18 à 21 de la *Loi*. S'il peut être confirmé qu'il y a de la surfacturation ou des frais modérateurs dans une province ou un territoire, la *Loi* exige qu'une déduction soit faite à même le transfert fédéral en espèces destiné à cette province ou à ce territoire. Le montant de la déduction pour un exercice est déterminé par le ministre fédéral de la Santé d'après les renseignements fournis par la province ou le territoire conformément au *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs* décrit ci-dessous.

Surfacturation (article 18)

Au sens de la *Loi canadienne sur la santé*, la surfacturation est la facturation d'un service de santé assuré dispensé à un assuré par un médecin ou un dentiste (c'est à dire un dentiste qui fournit des services de chirurgie dentaire assurés en milieu hospitalier), en excédent par rapport au montant payé ou à payer pour ce service par le régime d'assurance-santé de la province ou du territoire. Si, par exemple, un médecin exige une somme d'un patient pour une consultation en cabinet déjà couverte par le régime d'assurance-santé provincial ou territorial, la somme demandée constitue une surfacturation. Considérée comme un obstacle pour les personnes qui ont besoin de soins médicaux, la surfacturation contrevient donc au critère d'accessibilité.

Frais modérateurs (article 19)

La *Loi* définit les frais modérateurs comme tous les frais d'un service de santé assuré autorisés ou permis par un régime d'assurance-santé provincial ou territorial mais non payables par le régime, à l'exception des frais imposés par surfacturation. Si, par exemple, un patient se voit imposer des frais pour un service assuré reçu dans un hôpital ou une clinique, ces frais sont réputés être des frais modérateurs. Les frais modérateurs ne sont pas permis par la *Loi*, et comme la surfacturation, ils constituent un obstacle à l'accès.

Autres éléments de la Loi

Règlements (article 22)

L'article 22 de la *Loi canadienne sur la santé* permet au gouvernement fédéral de prendre des règlements en application de la *Loi* pour :

- définir les services inclus dans la définition de « services complémentaires de santé » donnée dans la *Loi canadienne sur la santé*;
- déterminer les services exclus des services hospitaliers;
- déterminer les genres de renseignements dont le ministre fédéral de la Santé peut valablement avoir besoin, ainsi que les délais et la méthode de communication de ces renseignements;
- prévoir la façon dont les provinces et les territoires doivent faire état du Transfert canadien en matière de santé dans leurs documents, leurs publicités ou leur matériel promotionnel.

Jusqu'à présent, le seul règlement pris en application de la *Loi* est le *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs*, qui exige que les provinces et les territoires fournissent des prévisions des montants surfacturés et des frais modérateurs avant le début de l'exercice de sorte que les pénalités applicables puissent être imposées. Il leur prescrit également de fournir les états financiers indiquant les montants réellement facturés de sorte que les rapprochements avec les frais estimatifs éventuels puissent être faits. (Une copie du *Règlement* figure à l'annexe A).

Pénalités prévues par la Loi canadienne sur la santé

Pénalités obligatoires

Aux termes de la *Loi*, les provinces et les territoires qui autorisent la surfacturation et les frais modérateurs s'exposent à une déduction obligatoire d'un montant équivalent de leurs paiements de transfert fédéraux au titre du Transfert canadien en matière de santé. Autrement dit, s'il a été établi qu'une province ou un territoire a autorisé une surfacturation de 500 000 $ de la part de médecins, la contribution pécuniaire fédérale destinée à cette province ou à ce territoire sera réduite du même montant.

Pénalités discrétionnaires

Les provinces ou les territoires qui ne satisfont pas aux cinq critères et aux deux conditions énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé* s'exposent à une pénalité discrétionnaire. Le montant de la déduction du paiement de transfert fédéral au titre du Transfert canadien en matière de santé est fonction de la gravité du manquement.

La *Loi canadienne sur la santé* prévoit un processus de consultation à entreprendre auprès de la province ou du territoire visé, avant l'imposition d'une pénalité discrétionnaire. Les dispositions de la *Loi* concernant les pénalités discrétionnaires n'ont pas été appliquées jusqu'à présent.

Personnes et services exclus

Bien que la *Loi canadienne sur la santé* exige que les services de santé assurés soient offerts aux assurés dans le respect des conditions et des critères qui y sont énoncés, ce ne sont pas tous les habitants du Canada ni tous les services de santé qui sont visés. Deux catégories d'exclusion sont prévues en ce qui concerne les services assurés :

- les services qui ne sont pas des services de santé assurés au sens de la *Loi*;
- certains groupes de personnes et certains services qui ne sont pas des assurés ou des services assurés au sens de la *Loi*.

Ces exclusions sont traitées ci-dessous.

Services de santé non assurés

En plus des services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires qui sont couverts aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces et les territoires offrent une gamme de services et de programmes non visés par la *Loi*. Ces services et programmes sont fournis à la discrétion des administrations provinciales et territoriales, selon leurs propres conditions, et peuvent varier d'une administration à l'autre. Parmi les services supplémentaires possiblement offerts, mentionnons l'assurance-médicaments, les services ambulanciers et les services d'optométrie.

Souvent, les services supplémentaires offerts par les provinces et les territoires visent des groupes en particulier (p. ex. les enfants, les aînés ou les bénéficiaires de l'aide sociale) et peuvent être couverts en tout ou en partie par les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux.

Plusieurs services offerts par les hôpitaux et les médecins ne sont pas jugés médicalement nécessaires; ils ne sont donc pas assurés en vertu des lois provinciales et territoriales sur l'assurance-

santé. Parmi ces services hospitaliers non assurés pour lesquels des frais peuvent être imposés aux patients, mentionnons l'hospitalisation en chambre privée ou semi-privée (sauf si elle est prescrite par un médecin), les soins infirmiers privés et la fourniture de téléphones et de téléviseurs. Parmi les services médicaux non assurés pour lesquels les patients peuvent se voir imposer des frais, mentionnons les consultations téléphoniques, la délivrance de certificats médicaux pour l'employeur, l'école, les assureurs ou les centres de conditionnement physique, les témoignages devant les tribunaux et la chirurgie esthétique.

Personnes exclues

La définition d'« assuré » dans la *Loi canadienne sur la santé* exclut les membres des Forces canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada nommés à un grade et les personnes qui purgent une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral. Le gouvernement du Canada couvre ces personnes au moyen de programmes fédéraux distincts.

Par ailleurs, d'autres catégories d'habitants, notamment les résidents permanents et les Canadiens qui rentrent au pays après un séjour à l'étranger peuvent être assujettis à une période d'attente imposée par une province ou un territoire. La *Loi* stipule que ce délai ne peut dépasser trois mois.

De plus, la définition de « service de santé assuré » exclut les services auxquels une personne a droit en vertu d'une autre loi fédérale (p. ex. les réfugiés) ou de la loi relative aux accidents du travail d'une province ou d'un territoire.

L'exclusion de ces personnes de la couverture des services de santé assurés date d'avant l'adoption de la *Loi* et n'est pas destinée à établir des différences en ce qui concerne l'accès aux soins de santé assurés par l'État.

Lettres sur l'interprétation des politiques

Deux énoncés de politiques principaux clarifient la position du gouvernement fédéral concernant la *Loi canadienne sur la santé*. Ces énoncés ont été présentés sous forme de lettres d'anciens ministres fédéraux de la Santé à leurs homologues provinciaux et territoriaux. Les deux lettres figurent à l'annexe B du présent rapport.

Lettre « Epp »

En juin 1985, environ un an après l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* au Parlement, le ministre fédéral de la Santé d'alors, Jake Epp, écrivait à ses homologues provinciaux et territoriaux afin de leur exposer et de confirmer la position fédérale sur l'interprétation et la mise en œuvre de la *Loi*.

Issue de plusieurs mois de consultations avec les provinces et les territoires, la lettre du ministre Epp renfermait des énoncés des intentions stratégiques fédérales qui clarifiaient les critères, les conditions et les dispositions réglementaires de la *Loi canadienne sur la santé*. Ces précisions ont été utilisées par le gouvernement fédéral dans l'évaluation et l'interprétation de la conformité à la *Loi*. La lettre Epp demeure une référence importante pour l'interprétation de la *Loi*.

Lettre « Marleau » – Politique fédérale sur les cliniques privées

De février à décembre 1994, il y a eu sept rencontres fédérales provinciales territoriales entièrement ou partiellement axées sur les cliniques privées. Il était question de la multiplication de cliniques privées qui offraient des services médicalement nécessaires financés en partie par le système public et en partie par les patients, et de ses retombées sur le système canadien de soins de santé universel financé par l'État.

À la rencontre fédérale provinciale territoriale des ministres de la Santé à Halifax en septembre 1994, tous les ministres présents, sauf la ministre de l'Alberta, ont convenu « d'entreprendre toute démarche qui pourrait être nécessaire pour réglementer l'établissement des cliniques privées au Canada ».

Le 6 janvier 1995, la ministre fédérale de la Santé d'alors, Diane Marleau, a écrit à tous les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé pour annoncer la nouvelle politique fédérale sur les cliniques privées. La lettre de la ministre présentait l'interprétation fédérale de la *Loi canadienne sur la santé* en ce qui concerne l'imposition directe de frais d'établissement aux patients qui reçoivent des services médicalement nécessaires dans une clinique privée. La lettre signalait que la définition d'« hôpital » dans la *Loi canadienne sur la santé* comprenait tout établissement public qui offre des soins de courte ou de longue durée ou des soins de réadaptation. Ainsi, lorsqu'un régime d'assurance-santé provincial ou territorial paie les honoraires d'un médecin pour un service médicalement nécessaire fourni dans une clinique privée, il doit également payer les frais d'établissement ou s'attendre à une déduction faite à même les paiements de transferts fédéraux.

Processus de prévention et de règlement des différends

En avril 2002, dans une lettre à ses homologues provinciaux et territoriaux, la ministre fédérale de la Santé d'alors, A. Anne McLellan, décrivait un processus de prévention et de règlement des différends reliés à la *Loi canadienne sur la santé* dont avaient convenu l'ensemble des provinces et des territoires, à l'exception du Québec. Le processus satisfait au désir des administrations fédérale, provinciales et territoriales d'éviter les différends reliés à l'interprétation des principes de la *Loi* et, lorsqu'il est impossible de le faire, de régler les différends de façon rapide, équitable et transparente.

Le processus comprend les activités de règlement des différends liées à l'échange de renseignements entre les gouvernements; l'étude et la clarification des questions au fur et à mesure qu'elles se posent; la participation active des gouvernements aux comités spéciaux fédéraux provinciaux territoriaux chargés des questions liées à la *Loi canadienne sur la santé*; les évaluations préalables de la *Loi canadienne sur la santé*, sur demande.

Lorsque les activités de prévention des différends échouent, des activités de règlement des différends peuvent être amorcées, et ce, en commençant par des activités de détermination des faits et des négociations entre les gouvernements. Si ces activités se révèlent infructueuses, l'un des ministres de la Santé visés peut renvoyer les questions à un groupe tiers pour qu'il entreprenne la détermination des faits et fournisse des conseils et des recommandations.

Le ministre fédéral de la Santé a le pouvoir final d'interprétation et d'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Pour décider de l'opportunité d'invoquer les dispositions de la *Loi* relatives aux manquements, le ministre prendra en considération le rapport du groupe.

L'annexe C du présent rapport renferme une copie de la lettre de la ministre McLellan.

CHAPITRE 2

Application et conformité

Application

Le ministre fédéral de la Santé applique la *Loi canadienne sur la santé* avec l'aide des agents chargés des politiques, des communications et de l'information à Santé Canada, répartis à Ottawa et dans les sept bureaux régionaux du Ministère, et avec le concours des avocats du ministère de la Justice.

Santé Canada collabore avec les provinces et les territoires afin d'assurer le respect des principes énoncés dans la *Loi* et s'efforce constamment de résoudre les problèmes par la consultation et la coopération.

La Division de la Loi canadienne sur la santé

La Division de la Loi canadienne sur la santé à Santé Canada est chargée d'appliquer la *Loi*. Les fonctionnaires de la Division à Ottawa et leurs collègues dans les bureaux régionaux de Santé Canada ont pour fonctions permanentes de :

- surveiller et analyser les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux pour en vérifier la conformité aux critères et aux conditions de la *Loi* et à ses dispositions concernant la surfacturation et les frais modérateurs;
- travailler en partenariat avec les provinces et les territoires afin d'examiner et de résoudre les problèmes de conformité à la *Loi* et de mener des activités propices au respect de la *Loi*;
- informer le ministre en cas d'éventuels manquements à la *Loi* et recommander les mesures à prendre pour y remédier;
- rédiger et produire le *Rapport annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé*;
- créer et entretenir des liens et des partenariats officiels et informels avec les responsables de la santé au sein des gouvernements provinciaux et territoriaux pour favoriser l'échange de renseignements;
- recueillir, résumer et analyser des renseignements pertinents sur les systèmes de soins de santé provinciaux et territoriaux;
- diffuser des renseignements à propos de la *Loi* et des programmes d'assurance-santé publics au Canada;
- répondre aux demandes de renseignements concernant la *Loi* et des questions d'assurance-santé, reçues par téléphone, par courrier ou sur Internet de la part du public, de députés, de ministères, d'organismes intéressés ou des médias;
- analyser les enjeux et faire de la recherche stratégique en vue de donner des avis en matière de politique;
- collaborer avec les représentants des ministères de la Santé provinciaux et territoriaux en ce qui a trait aux recommandations faites au ministre concernant l'interprétation de la *Loi*;
- collaborer avec les représentants des ministères de la Santé provinciaux et territoriaux par l'entremise du Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (voir ci dessous).

Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS)

La Division de la Loi canadienne sur la santé préside le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS) et lui fournit des services de secrétariat. Créé en 1991, le CCEIAS traite des questions liées à la facturation interprovinciale des services médicaux et hospitaliers, ainsi qu'à l'inscription et à l'admissibilité aux régimes d'assurance-santé. Le Comité surveille l'exécution des ententes interprovinciales en assurance-santé, conformément à la *Loi canadienne sur la santé*.

Les dispositions de la *Loi* sur la transférabilité au Canada sont appliquées dans le cadre d'une série d'ententes bilatérales entre les provinces et les territoires sur la facturation réciproque des services médicaux et hospitaliers. En général, cela signifie que la carte d'assurance-santé est acceptée en guise de paiement lorsque le patient reçoit des services médicaux ou hospitaliers dans une autre administration provinciale ou territoriale. L'administration qui fournit le service facture directement la province ou le territoire d'origine du patient. Tous les territoires et toutes les provinces ont conclu des ententes réciproques sur les soins hospitaliers et participent, à l'exception du Québec, à des ententes réciproques sur les soins médicaux. Ces ententes font en sorte que les habitants du Canada qui voyagent au pays n'aient pas à payer de frais au point de service lorsqu'ils reçoivent des soins médicaux ou hospitaliers médicalement nécessaires. Toutefois, ces ententes sont conclues par les provinces et les territoires et ne sont pas exigées par la *Loi*.

Conformité

Tel qu'il est signalé au chapitre 1, les provinces et les territoires doivent respecter les critères et les conditions de la *Loi canadienne sur la santé* pour recevoir la pleine contribution pécuniaire au titre du Transfert canadien en matière de santé. La section ci-après décrit la façon dont Santé Canada détermine si les provinces et les territoires respectent la *Loi*.

Pour régler d'éventuels manquements à la *Loi*, Santé Canada adopte une approche qui privilégie la transparence, la consultation et le dialogue avec les représentants des ministères de la Santé provinciaux et territoriaux. La plupart du temps, les problèmes sont résolus par la consultation et la discussion, grâce à un examen approfondi des faits. Des déductions ne sont appliquées que lorsque toutes les solutions proposées ont échoué. Jusqu'à présent, la plupart des différends et des problèmes associés à l'application et à l'interprétation de la *Loi canadienne sur la santé* ont été traités et résolus sans qu'il faille imposer de déductions.

Les fonctionnaires de Santé Canada communiquent régulièrement avec les représentants des ministères de la Santé provinciaux et territoriaux et les administrateurs des régimes d'assurance-santé pour résoudre les problèmes auxquels les Canadiens sont couramment confrontés sur le plan de l'admissibilité à la couverture des services de santé et de la transférabilité de cette couverture à l'intérieur et à l'extérieur du Canada.

Les employés de la Division de la Loi canadienne sur la santé et des bureaux régionaux surveillent le fonctionnement des régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux afin de conseiller le ministre sur les manquements possibles à la *Loi*. Parmi leurs sources d'information, mentionnons les fonctionnaires et les publications des gouvernements provinciaux et territoriaux, les reportages des médias ainsi que la correspondance reçue du public et d'organisations non gouvernementales. Le personnel de l'Unité de l'interprétation des programmes et de la conformité, à la Division de la Loi canadienne sur la santé, évalue les problèmes et les plaintes au cas par cas. Ce processus comprend la compilation de l'ensemble des faits et des renseignements reliés à la question, ainsi que l'application des mesures qui s'imposent. La vérification des faits auprès des fonctionnaires provinciaux et territoriaux

du secteur de la santé peut révéler des problèmes qui n'ont pas de rapport direct avec la *Loi*, ou d'autres qui peuvent en avoir mais qui sont attribuables à un malentendu ou à une mauvaise communication et se règlent rapidement avec l'aide des provinces et des territoires. Lorsqu'un problème concernant la *Loi canadienne sur la santé* est cerné mais non résolu après les demandes initiales à cet égard, les fonctionnaires de la Division demandent à l'administration visée d'enquêter et de leur faire part de ses conclusions. Ensuite, ils discutent de la question et de la solution possible avec les fonctionnaires provinciaux. Seules les questions qui n'ont pu être réglées à la satisfaction de la Division, selon cette procédure, sont portées à l'attention du ministre fédéral de la Santé.

Problèmes associés à la conformité

Dans l'ensemble, les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux respectent les critères et les conditions de la *Loi canadienne sur la santé*. Toutefois, certains problèmes et sujets de préoccupation persistent. Les plus importants ont trait aux frais imposés aux patients et au resquillage pour obtenir des services de santé médicalement nécessaires dans des cliniques privées.

La *Loi* exige que tous les services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires soient couverts par les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux, qu'ils soient dispensés dans un hôpital ou dans un établissement qui fournit des soins hospitaliers. Le resquillage et les frais imposés aux assurés dans des cliniques de chirurgie privées au Québec et en Colombie-Britannique, pour des services couverts par les régimes d'assurance-santé de ces provinces, suscitent des inquiétudes. Le resquillage et les frais exigés dans des cliniques de diagnostic privées demeurent problématiques dans certaines provinces où des cliniques privées facturent les patients pour des services médicalement nécessaires et leur permettent de recevoir des services de santé assurés avant d'autres personnes.

En 2007-2008, la situation soulevant des questions en rapport avec la *Loi* concernant les frais chargés aux patients pour les services d'avortement au Québec a été résolue. Le gouvernement du Québec a décidé de maintenir les services en établissement et a élargi la couverture pour que ces services soient fournis en clinique médicale dans la communauté.

Historique des déductions et des remboursements en vertu de la Loi canadienne sur la santé

La *Loi canadienne sur la santé*, entrée en vigueur le 1er avril 1984, réitère l'engagement national à propos du respect des principes originaux du système de soins de santé au Canada, intégrés aux lois précédentes, à savoir la *Loi sur les soins médicaux* et la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*. Afin de stopper la prolifération de cas d'imposition directe de frais pour des services hospitaliers et médicaux, le gouvernement fédéral a décidé d'instituer des pénalités intégrales obligatoires en cas de surfacturation ou d'imposition de frais modérateurs qui, selon lui, réduisent l'accès de nombreux Canadiens aux soins de santé pour des raisons financières.

De 1984 à 1987, le paragraphe 20(5) de la *Loi* prévoyait le remboursement des déductions relatives aux frais ci-dessus aux provinces qui les auraient éliminés avant le 1er avril 1987. Au 31 mars 1987, il a été établi que toutes les provinces qui pratiquaient la surfacturation et imposaient des frais modérateurs avaient pris des mesures satisfaisantes pour éliminer ces pratiques. En conséquence, en juin 1987, un montant total de 244 732 000 $ en déductions était remboursé au Nouveau Brunswick (6 886 000 $), au Québec (14 032 000 $), à l'Ontario (106 656 000 $),

au Manitoba (1 270 000 $), à la Saskatchewan (2 107 000 $), à l'Alberta (29 032 000 $) et à la Colombie Britannique (84 749 000 $).

À la suite de la période de transition initiale de trois ans de la *Loi canadienne sur la santé*, pendant laquelle les déductions pouvaient être remboursées aux provinces et aux territoires, aucune pénalité en vertu de la *Loi* n'a été imposée avant l'exercice 1994-1995. Un différend entre la British Columbia Medical Association et le gouvernement de la Colombie-Britannique au sujet de la rémunération a amené plusieurs médecins à se retirer du régime d'assurance-santé provincial et à faire payer leurs patients directement. Un certain nombre de ces médecins exigeaient un montant supérieur à celui que les patients pouvaient récupérer du régime d'assurance-santé provincial. Ce montant excédentaire constituait une surfacturation aux termes de la *Loi*. Des déductions, y compris des ajustements pour les années antérieures jusqu'à 1992-1993, ont commencé à être appliquées en mai 1994 et ont cessé en septembre 1995, date d'entrée en vigueur de modifications à la *Medicare Protection Act* de la Colombie-Britannique qui interdisaient la surfacturation par les médecins. Un montant total de 2 025 000 $ a été déduit de la contribution pécuniaire destinée à la Colombie-Britannique, pour cause de surfacturation de 1992-1993 à 1995-1996. Ces déductions et toutes celles qui ont suivi n'étaient pas remboursables.

En janvier 1995, la ministre fédérale de la Santé, Diane Marleau, a fait part à ses collègues provinciaux et territoriaux de son inquiétude à propos de la création d'un système de soins de santé à deux vitesses et de l'émergence de cliniques privées imposant des frais d'établissement pour des services médicalement nécessaires. Dans le cadre de ses communications avec les provinces et les territoires, la ministre Marleau a annoncé que les administrations auraient plus de neuf mois pour éliminer les frais modérateurs, à défaut de quoi des pénalités financières leur seraient imposées en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. En conséquence, à partir de novembre 1995, des montants ont été déduits des contributions pécuniaires versées à l'Alberta, au Manitoba, à la Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve-et-Labrador en raison de leur non-conformité à la Politique fédérale sur les cliniques privées.

De novembre 1995 à juin 1996, un montant total de 3 585 000 $ a été déduit de la contribution pécuniaire destinée à l'Alberta relativement aux frais d'établissement exigés dans des cliniques offrant des services de chirurgie, d'ophtalmologie et d'avortement. Le 1er octobre 1996, l'Alberta interdisait aux cliniques de chirurgie privées d'imposer à leurs patients des frais d'établissement pour des services médicalement nécessaires dont les honoraires médicaux étaient facturés au régime d'assurance-santé provincial.

Pareillement, en raison de l'imposition de frais d'établissement dans une clinique d'avortement, un total de 284 430 $ a été déduit de la contribution pécuniaire accordée à Terre-Neuve-et-Labrador avant l'abolition de ces frais, à compter du 1er janvier 1998.

De novembre 1995 à décembre 1998, un total de 2 055 000 $ a été déduit de la contribution pécuniaire destinée au Manitoba dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS); les déductions ont cessé le 1er janvier 1999, lorsque la province a confirmé l'élimination des frais modérateurs dans les cliniques de chirurgie et d'ophtalmologie. Toutefois, au cours de l'exercice 2001-2002, une déduction mensuelle (d'octobre 2001 à mars 2002, inclusivement) de 50 033 $ a été faite sur la contribution pécuniaire destinée au Manitoba au titre du TCSPS, à la lumière d'un état financier soumis par la province qui montrait que les montants réels des frais modérateurs exigés à l'égard de services assurés pendant les exercices 1997-1998 et 1998-1999 étaient supérieurs aux déductions appliquées à partir d'estimations. Le total des déductions appliquées au Manitoba s'élevait donc à 2 355 201 $.

Avec la fermeture d'une clinique privée à Halifax le 27 novembre 2003, il a été établi que la Nouvelle-Écosse se conformait à la Politique fédérale sur les

cliniques privées. Avant la fermeture, un total de 372 135 $ avait été déduit de la contribution pécuniaire destinée à la Nouvelle-Écosse au titre du TCSPS parce que la province n'avait pas couvert les frais d'établissement imposés aux patients bien qu'elle ait payé les honoraires médicaux.

En janvier 2003, la Colombie-Britannique a présenté un état financier, conformément au *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs* de la *Loi canadienne sur la santé*, qui indiquait que les montants globaux réels exigés au titre de la surfacturation et des frais modérateurs pendant l'exercice 2000-2001 s'élevaient à 4 610 $. Un montant de 4 610 $ a donc été déduit de la contribution pécuniaire de mars 2003 du TCSPS.

En 2004, la Colombie-Britannique n'a pas signalé à Santé Canada les montants de la surfacturation et des frais modérateurs réels exigés durant l'exercice 2001-2002, contrevenant ainsi aux exigences du *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs*. À la suite de rapports indiquant que la Colombie-Britannique enquêtait sur des cas d'imposition de frais modérateurs, une déduction de 126 775 $ a été appliquée au paiement de mars 2004 du TCSPS destiné à la Colombie-Britannique, en fonction du montant qui aurait été imposé pendant l'exercice 2001-2002 d'après les estimations de Santé Canada.

Des montants ont été déduits des paiements de mars 2005 du Transfert canadien en matière de santé versés[1] à trois provinces à la suite d'impositions de frais à des patients en 2002-2003. Une déduction de 72 464 $ a été appliquée à la Colombie-Britannique. Cette province avait indiqué qu'une surfacturation et des frais modérateurs avaient été appliqués par des cliniques de chirurgie. Une déduction de 1 100 $ a été appliquée à Terre-Neuve-et-Labrador, en raison de frais imposés aux patients pour un service d'imagerie par résonance magnétique dans un hôpital, et une déduction de 5 463 $ a été appliquée à la Nouvelle-Écosse à titre de rapprochement pour des déductions déjà appliquées à l'égard de frais imposés à des patients d'une clinique privée de cette province.

Une déduction de 29 019 $ a été faite sur le paiement de mars 2006 du TCS destiné à la Colombie-Britannique pour la surfacturation pratiquée et les frais exigés de patients dans des cliniques de chirurgie en 2003-2004. Cette déduction a été calculée sur la base des frais que la province avait déclarés à Santé Canada.

Un rajustement positif ponctuel de 8 121 $ en faveur de la Nouvelle-Écosse a été appliqué au paiement de mars 2006 du TCS pour faire concorder les sommes effectivement exigées sous forme de surfacturation et de frais modérateurs dans une clinique privée avec les pénalités déjà imposées sur la base des estimations provinciales signalées pour l'exercice financier 2003-2004.

Un montant de 114 850 $ a été déduit du paiement de mars 2007 du TCS destiné à la Colombie-Britannique pour la surfacturation pratiquée et les frais modérateurs imposés dans des cliniques de chirurgie en 2004-2005. La déduction a été calculée sur la base des frais que la province avait déclarés à Santé Canada.

Un montant de 9 460 $ a été déduit du paiement de mars 2007 du TCS à la Nouvelle-Écosse pour de la surfacturation pratiquée en 2004-2005. La déduction a été calculée sur la base des frais que la province avait déclarés à Santé Canada.

Un montant de 42 113 $ a été déduit du paiement de mars 2008 du TCS à la Colombie-Britannique pour la surfacturation pratiquée et les frais modérateurs exigés en 2005-2006. La déduction a été calculée sur la base des frais que la province a déclarés à Santé Canada.

1. Le Transfert canadien en matière de santé est issu de la division du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) en deux transferts, soit le Transfert canadien en matière de santé (TCS) et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS), avec effet au 1er avril 2004.

Depuis l'entrée en vigueur de la *Loi canadienne sur la santé*, d'avril 1984 à mars 2008, un total de 9 019 499 $ a été déduit des contributions pécuniaires aux provinces en application des dispositions de la *Loi* concernant la surfacturation et les frais modérateurs. Ce montant exclut les déductions totales de 244 732 000 $ faites de 1984 à 1987 puis remboursées par la suite aux provinces lorsque la surfacturation et les frais modérateurs ont été éliminés.

CHAPITRE 3

Les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux en 2007-2008

Le chapitre suivant présente les 13 régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux qui composent le système public d'assurance-santé au Canada. Il a pour objet de montrer avec clarté et méthode dans quelle mesure les régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires ont satisfait aux exigences des critères et conditions de programme de la *Loi canadienne sur la santé* en 2007-2008.

Les fonctionnaires des provinces, des territoires et du gouvernement fédéral ont collaboré afin de produire les descriptions détaillées des régimes que l'on retrouve au chapitre 3. Les provinces et les territoires ont tous soumis des descriptions détaillées de leurs régimes d'assurance-santé. Le Québec, lui, a choisi de ne pas fournir les statistiques supplémentaires qui figurent dans les tableaux du rapport de cette année. L'information que Santé Canada a demandée aux ministères de la Santé provinciaux et territoriaux pour le rapport comporte deux volets :

- une description du système de soins de santé provincial ou territorial par rapport aux cinq critères et à la première condition de la *Loi canadienne sur la santé* (à savoir fournir au ministre de la Santé des renseignements sur les services de santé assurés et les services complémentaires de santé), à la suite du présent chapitre;
- des statistiques au sujet des services de santé assurés.

L'information présentée dans le premier volet sert au suivi des régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux et au contrôle de leur conformité aux exigences de la *Loi canadienne sur la santé*, tandis que les statistiques permettent de dégager les tendances actuelles et futures relativement au système de soins de santé canadien.

Pour aider les provinces et les territoires qui préparent leur contribution au rapport annuel à le faire conformément à ses exigences, Santé Canada leur a fourni le document intitulé *Rapport annuel de 2007-2008 sur l'application de la Loi canadienne sur la santé – Guide de mise à jour des présentations (Guide de l'utilisateur)*. Ce guide vise à aider les provinces et les territoires à satisfaire aux exigences d'établissement de rapports de Santé Canada. Les révisions qui y sont apportées chaque année découlent de l'analyse, à Santé Canada, des descriptions des régimes d'assurance-santé tirées des rapports annuels précédents et de l'évaluation ministérielle des nouvelles questions d'intérêt liées aux services de santé assurés.

Des téléconférences bilatérales avec chaque province et territoire et la diffusion d'une mise à jour du Guide de l'utilisateur à chacune de ces administrations ont donné le coup d'envoi au processus de production du Rapport annuel sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé* 2007-2008, à la fin du printemps de 2008.

Descriptions des régimes d'assurance-santé

Pour le chapitre qui suit, les fonctionnaires provinciaux et territoriaux ont été priés de fournir une description de leur régime d'assurance-santé. Ces descriptions respectent les critères de programme énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé* pour montrer comment les régimes satisfont aux critères de la *Loi*.

L'utilisation du format descriptif permet à chaque administration de démontrer, comme l'exige la *Loi canadienne sur la santé*, comment elle a reconnu la contribution financière du gouvernement fédéral aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé, ainsi que de fournir un aperçu des différents services complémentaires de santé offerts dans la province ou le territoire.

Statistiques sur les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux

En 2003-2004, la partie du rapport annuel consacrée aux statistiques fournies par les provinces et les territoires a été simplifiée et rationalisée à partir des commentaires reçus des fonctionnaires provinciaux et territoriaux et à la lumière d'un examen de la qualité et de la disponibilité des données. La présentation a été rationalisée de nouveau pour le rapport de 2006-2007 et conservée pour celui de 2007-2008. Les statistiques supplémentaires figurent à la suite de la description du régime de chaque province et territoire, à l'exception du Québec.

Les tableaux statistiques visent à mettre l'application de la *Loi canadienne sur la santé* en contexte et à donner un aperçu national des tendances de prestation et de financement des services de santé assurés au Canada qui tombent sous le coup de la *Loi* fédérale.

Les tableaux statistiques renferment des données sur les ressources et les coûts reliés aux services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés, par province et territoire, pour cinq exercices consécutifs se terminant le 31 mars 2008. Toute l'information provient de fonctionnaires provinciaux et territoriaux.

Malgré les efforts déployés pour saisir uniformément les données, il existe des différences dans la manière dont les gouvernements provinciaux et territoriaux rendent compte des programmes et des services de soins de santé. Par conséquent, on ne fait pas de comparaisons entre les administrations. Les gouvernements provinciaux et territoriaux sont responsables de la qualité et de l'intégralité des données qu'ils fournissent.

Organisation des renseignements

Les renseignements dans les tableaux sont groupés selon les neuf sous-sections décrites ci-après.

Personnes inscrites : Nombre de résidents inscrits au régime d'assurance-santé de chaque province ou territoire.

Services hospitaliers fournis dans la province ou le territoire : Les statistiques dans cette sous-section concernent la prestation de services hospitaliers assurés aux résidents de la province ou du territoire et aux visiteurs provenant d'autres régions du Canada.

Services hospitaliers assurés fournis dans une autre province ou un autre territoire : Les statistiques dans cette sous-section ont trait aux services hospitaliers assurés reçus à l'extérieur de la province ou du territoire qui sont payés par l'administration d'origine du résident lorsqu'il se déplace ailleurs au Canada.

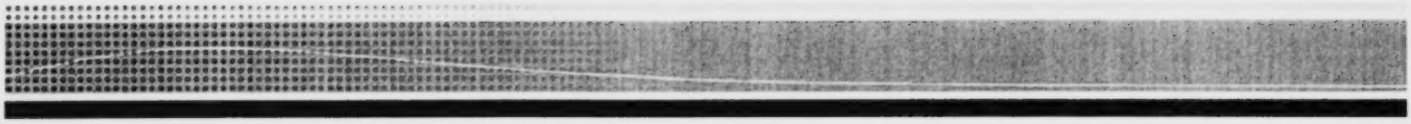
Services hospitaliers assurés fournis à l'extérieur du Canada : Les services hospitaliers fournis à l'extérieur du pays représentent les frais hospitaliers engagés par des résidents pendant leur séjour à l'extérieur du Canada et payés par leur province ou leur territoire d'origine.

Services médicaux assurés fournis dans la province ou le territoire : Les statistiques de cette sous-section ont trait à la prestation de services médicaux assurés aux résidents dans chaque province ou territoire et aux visiteurs provenant d'autres régions du Canada.

Services médicaux assurés fournis aux résidents dans une autre province ou un autre territoire : Cette sous-section rend compte des services médicaux payés par une administration aux autres provinces et territoires pour ses résidents en visite.

Services médicaux assurés fournis à l'extérieur du Canada : Les services médicaux fournis à l'extérieur du pays représentent les frais de services médicaux engagés par des résidents pendant leur séjour à l'extérieur du Canada et payés par leur province ou leur territoire d'origine.

Services de chirurgie dentaire assurés fournis dans la province ou le territoire : Les renseignements dans cette sous-section décrivent les services de chirurgie dentaire assurés fournis dans chaque province ou territoire.



Terre-Neuve-et-Labrador

Introduction

À Terre-Neuve-et-Labrador, la plupart des services de santé publics sont assurés par quatre régies régionales de la santé. Ces dernières régissent tout le continuum des soins, dont la promotion et la protection de la santé, la santé publique, les services communautaires, les soins actifs et les soins de longue durée.

C'est le gouvernement provincial qui nomme les membres des conseils d'administration, qui y siègent à titre bénévole. Ces régies sont responsables de la prestation des services de santé et des services communautaires dans leurs régions et, dans certains cas, dans l'ensemble de la province. Les régies régionales consultent le public et les partenaires communautaires pour déterminer les besoins en matière de santé. Les régies régionales sont financées par le ministère de la Santé et des Services communautaires, et elles doivent rendre compte de leurs activités au ministre. Le ministère de la Santé et des Services communautaires leur fournit une orientation stratégique et les ressources financières, et surveille les programmes et les services.

À Terre-Neuve-et-Labrador, tout près de 19 000 fournisseurs et administrateurs de services en soins de santé offrent des services de santé à 505 000 résidents (d'après le recensement de 2006).

En juillet 2007, le Ministère a annoncé la réinscription de plus de 488 850 personnes représentant 97 % de la population au régime d'assurance-santé de la province. Ces personnes ont reçu une nouvelle carte santé. Grâce à cette mesure, seuls les bénéficiaires admissibles qui résident en permanence dans la province peuvent se prévaloir des soins médicaux et hospitaliers couverts par le régime d'assurance-santé. Tous les résidents de la province étaient tenus de remplir un formulaire de réinscription pour recevoir une nouvelle carte du régime d'assurance-santé. Toutes les nouvelles cartes afficheront une date d'expiration, ce qui permettra au gouvernement d'assurer un suivi efficace des demandes présentées au régime d'assurance-santé et de s'assurer que seuls les résidents admissibles de Terre-Neuve-et-Labrador reçoivent des services assurés par le régime provincial. Il s'agit du premier remaniement majeur du programme depuis sa mise en place en 1969.

Voici d'autres initiatives clés mises en œuvre au cours de l'année :

- Dans le cadre de son budget de 2007, le gouvernement a investi 800 000 $ afin d'appuyer sa nouvelle *Mental Health Care and Treatment Act* qui est entrée en vigueur le 1er octobre 2007. La loi contient plusieurs changements importants, y compris des dispositions prévoyant une gamme de droits individuels et mesures de protection et des dispositions visant la prescription de traitements communautaires.
- Dans le cadre de la Stratégie de réduction de la pauvreté de la province, le gouvernement a élargi les critères d'admissibilité au régime de santé bucco-dentaire pour enfants âgés de 13 à 17 ans de familles à faible revenu.
- Le gouvernement a investi 67 millions de dollars dans l'infrastructure de la santé. Les projets de construction de nouveaux établissements de soins de longue durée se poursuivent à Clarenville, Corner Brook et Happy Valley/Goose Bay. Un nouveau centre de soins de santé primaires à Grand Bank et un centre de traitement des dépendances à Corner Brook sont également en voie de construction.

- De nouvelles améliorations au programme d'aide au transport des malades permettront de fournir une aide financière accrue aux résidents qui encourent des frais de déplacements importants pour obtenir des services médicaux assurés.
- Le gouvernement a lancé son cadre stratégique provincial sur le vieillissement en santé dans le but d'appuyer sa vision d'une province sensible au vieillissement, ce qui permet aux aînés de vivre de façon autonome et de jouir d'une bonne santé et de bien-être. Les orientations prioritaires sont la reconnaissance du mérite des personnes âgées, la célébration de la diversité, les collectivités positives, le bien-être financier, la santé et le bien-être, l'emploi, l'éducation et la recherche.
- Le gouvernement a publié des lignes directrices de planification en vue de mieux assurer la protection du public en cas d'urgence de santé publique. Il vise à élaborer des plans opérationnels détaillés au niveau communautaire.
- Le programme de médicaments sur ordonnance de Terre-Neuve-et-Labrador comprend maintenant un régime d'assurance pour résidents faisant face à des frais d'achat de médicaments élevés. Ce régime offre à tous les résidents une protection contre le fardeau financier des frais de médicaments en plafonnant leurs frais annuels pour médicaments à un certain pourcentage de leur revenu familial net. Le régime d'assurance coûte 17,5 millions de dollars de plus annuellement.
- Le gouvernement a lancé une initiative de 8 millions de dollars en vue de fournir un supplément de logement et de repas aux adultes handicapés résidant avec leur propre famille. Environ 2 500 personnes auraient droit à cette augmentation maximum de 362 $ par mois ou de 4 344 $ par an.
- Le budget de 2007 prévoyait 1,4 million de dollars pour couvrir le coût de pompes à insuline et de fournitures médicales pour enfants atteints de diabète de type 1 jusqu'à l'âge de 18 ans.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Les régimes d'assurance de soins de santé gérés par le Ministère sont l'assurance-hospitalisation et l'assurance-santé. Ils sont sans but lucratif et administrés par un organisme public.

La *Hospital Insurance Agreement Act* est la loi qui régit le régime d'assurance-hospitalisation. Elle confère au ministre de la Santé et des Services communautaires le pouvoir d'établir des règlements visant la prestation des services assurés aux habitants de la province, selon des modalités uniformes, en application des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* et de son *Règlement*.

La *Medical Care Insurance Act* (1999) habilite le ministre à administrer un régime d'assurance-santé pour les habitants de la province. Elle prévoit l'élaboration de règlements, de sorte que ses dispositions continuent d'être conformes à celles de la *Loi canadienne sur la santé* relativement à l'administration du régime d'assurance-santé.

Le régime d'assurance-santé facilite la prestation de soins médicaux complets à tous les habitants de la province par l'adoption de politiques, de procédures et de systèmes qui permettent de rémunérer comme il se doit les prestataires de services professionnels assurés. Le régime d'assurance-santé est mis en application en conformité avec les dispositions de la *Medical Care Insurance Act* (1999) et de son *Règlement* et avec la *Loi canadienne sur la santé*.

Aucune modification n'a été apportée en 2007-2008 à la *Medical Care Insurance Act* (1999) ni à la *Hospital Insurance Agreement Act*.

1.2 Liens hiérarchiques

Le Ministère a le mandat d'administrer les régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-santé. Il rend des comptes sur ces régimes au moyen des processus législatifs prévus, comme la présentation des comptes publics ou des prévisions budgétaires au comité des prévisions budgétaires de la Chambre d'assemblée.

Par ailleurs, il présentera son rapport annuel pour 2007-2008 ainsi que ceux des quatre régies régionales de la santé à la Chambre d'assemblée à l'automne 2008.

Le rapport annuel du Ministère montre les réalisations de 2007-2008 et donne un aperçu des initiatives et des programmes dont l'élaboration se poursuivra en 2008-2009. Le rapport est un document public et il est transmis aux intéressés. Il sera affiché sur le site Web du Ministère, à www.health.gov.nl.ca/health.

1.3 Vérification des comptes

Chaque année, le vérificateur général de la province effectue une vérification indépendante des comptes publics provinciaux. Les dépenses du régime d'assurance-santé font maintenant partie des comptes publics. Le vérificateur général dispose d'un accès complet et sans restriction aux dossiers du régime d'assurance-santé.

Les quatre régies régionales de la santé sont soumises à des vérifications de leurs états financiers, à des examens et à des vérifications de la conformité. Les vérifications des états financiers sont effectuées par des cabinets de vérificateurs indépendants choisis par les régies de la santé, conformément à la *Public Tendering Act*. Les missions d'examen, les vérifications de la conformité et les vérifications auprès des médecins sont effectuées par le personnel du Ministère, aux termes de la *Medical Care Insurance Act* (1999) de la province. Les dossiers des médecins et ceux des sociétés médicales professionnelles ont été examinés pour vérifier si l'information concorde avec les services facturés et si ces derniers sont assurés aux termes du régime d'assurance-santé.

Des vérifications auprès des bénéficiaires ont été effectuées par le personnel du Ministère aux termes de la *Medical Care Insurance Act* (1999). Des prestataires individuels sont choisis au hasard, toutes les deux semaines.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

La *Hospital Insurance Agreement Act* et le *Hospital Insurance Regulations 742/96* (1996) régissent les services hospitaliers assurés à Terre-Neuve-et-Labrador.

Les services hospitaliers assurés sont fournis à des malades externes ou hospitalisés par 14 hôpitaux, 22 centres de santé communautaire et 14 cliniques communautaires. Les services assurés comprennent : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers; les services de laboratoire et de radiologie, et les autres services de diagnostic; les produits pharmaceutiques, les substances biologiques et les préparations connexes; les fournitures médicales et chirurgicales, les salles d'opération, les salles de travail et les installations d'anesthésie; les services de réadaptation (p. ex. physiothérapie, ergothérapie, orthophonie et audiologie); les consultations externes et d'urgence; les chirurgies d'un jour.

La politique de couverture des services hospitaliers assurés est associée à la politique de couverture des services médicaux assurés. Le ministère de la Santé et des Services communautaires gère l'ajout ou le retrait de services hospitaliers de la liste des services assurés selon les instructions du ministre. Aucun service n'a été ajouté ni retiré en 2007-2008.

2.2 Services médicaux assurés

La loi habilitante qui régit les services médicaux assurés est la *Medical Care Insurance Act* (1999).

Les règlements d'application de cette loi sont les suivants :

- le *Medical Care Insurance Insured Services Regulations*;
- le *Medical Care Insurance Beneficiaries and Inquiries Regulations*;
- le *Medical Care Insurance Physician and Fees Regulations*.

Les médecins qui détiennent un permis d'exercice sont autorisés à fournir des services médicaux assurés dans le cadre du régime d'assurance-santé. Le permis doit avoir été délivré par le College of Physicians and Surgeons of Newfoundland and Labrador pour que le médecin puisse exercer dans la province. En 2007-2008, la province comptait 989 médecins autorisés par la province.

Pour être assuré, un service doit figurer à l'article 3 du *Medical Care Insurance Insured Services Regulations*; être nécessaire sur le plan médical; ou faire l'objet d'une recommandation à cet effet par le ministère de la Santé et des Services communautaires. Aucune limite ne s'applique pour les services assurés, pour autant que les critères ci-dessus soient respectés.

Aux fins de la *Loi*, les services suivants sont couverts :

- tous les services fournis de façon justifiée et adéquate par des médecins à des patients souffrant d'une maladie qui exige un traitement ou un conseil médical;
- les immunisations ou inoculations de groupe effectuées par des médecins à la demande d'une autorité compétente;
- les services de laboratoire, de radiologie et autres services thérapeutiques ou diagnostiques fournis dans des établissements approuvés par une autorité compétente, et qui ne sont pas fournis en vertu de la *Hospital Insurance Agreement Act* et du *Règlement* pris en application de cette *Loi*.

Les médecins peuvent décider de ne pas participer au régime d'assurance-santé, aux termes du paragraphe 12(1) de la *Medical Care Insurance Act* (1999) :

(1) Si un médecin fournissant des services assurés n'est pas un médecin participant, il n'est pas soumis à la présente *Loi* ni aux règlements relatifs à la prestation de services assurés ou au paiement de ces services au moment où il fournit un service assuré à un patient, sauf qu'il doit :

a) avant de donner le service assuré, s'il désire se réserver le droit de facturer le patient pour le service en question d'un montant qui excède celui payable par le Ministère en vertu de la présente *Loi*, informer le patient qu'il n'est pas un médecin participant et qu'il peut donc facturer le patient directement;

b) donner au patient à qui il a fourni le service assuré les renseignements exigés par le Ministère pour qu'il autorise le versement au patient du paiement du service assuré, en vertu de la présente *Loi*.

(2) Si un médecin fournissant des services assurés n'est pas un médecin participant par l'entremise d'une corporation médicale, cette corporation n'est pas soumise à la présente *Loi* ni au règlement relatif à la prestation de services assurés aux bénéficiaires ou au paiement de ces services. La corporation médicale et le médecin fournissant les services assurés doivent se conformer au paragraphe (1).

En date du 31 mars 2008, aucun médecin ne s'était retiré du régime d'assurance-santé.

Une directive ministérielle est requise pour effectuer un ajout ou une suppression à la liste des services médicaux assurés. Ce processus est géré par le Ministère en consultation avec divers intervenants, dont l'association médicale provinciale et le public. Il n'y a pas eu d'ajout ni de suppression à la liste des services médicaux couverts par le régime d'assurance-santé en 2007-2008.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Le régime de chirurgie dentaire provincial est un élément du régime d'assurance-santé. Les traitements de chirurgie dentaire justifiés et adéquats, fournis à un assuré par un chirurgien stomatologiste ou un dentiste autorisé dans un hôpital, sont couverts par le régime d'assurance-santé s'ils comptent parmi les types de traitements assurés du barème d'honoraires.

Tous les chirurgiens stomatologistes et tous les dentistes qui détiennent un permis d'exercice à Terre-Neuve-et-Labrador et des privilèges hospitaliers sont autorisés à fournir des services de chirurgie dentaire. Le permis d'exercice des dentistes est délivré par le Newfoundland and Labrador Dental Board. En 2007-2008, la province comptait 25 dentistes autorisés qui détenaient des privilèges hospitaliers.

Les dentistes peuvent décider de se retirer du régime d'assurance-santé. Dans ce cas, ils doivent informer les patients de leur statut de dentiste non participant, leur indiquer les frais prévus et leur remettre un document où sont consignés les services fournis et les frais facturés.

Puisque le programme de chirurgie dentaire est un élément du régime d'assurance-santé, la modification de la liste des services assurés s'effectue selon les mêmes modalités que pour le régime d'assurance-santé.

L'ajout d'un service de chirurgie dentaire à la liste des services assurés doit être approuvé par le Ministère.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services hospitaliers qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance-santé sont les suivants : l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; la chirurgie esthétique et les autres services jugés non médicalement nécessaires; le transport, en ambulance ou autrement, d'un patient qui se rend à l'hôpital ou qui a obtenu son congé de l'hôpital; les soins infirmiers privés demandés par le patient; les radiographies non médicalement nécessaires ou autres services demandés pour des raisons associées à l'emploi ou à l'assurance; les médicaments (à l'exception des médicaments anti-rejet et de l'AZT) et les appareils prescrits pour usage après le congé de l'hôpital; les téléphones, les radios ou les téléviseurs destinés à un usage personnel et non à des fins éducatives; les attelles de fibre de verre; les services couverts par les lois sur l'indemnisation des accidentés du travail ou par toute autre loi fédérale ou provinciale; les services associés aux avortements thérapeutiques effectués dans des établissements non autorisés ou non approuvés par le College of Physicians and Surgeons of Newfoundland and Labrador.

S'il est déterminé qu'un service n'est pas couvert par le régime d'assurance-santé, l'utilisation connexe d'installations hospitalières ne sera pas couverte par le régime d'assurance-hospitalisation.

Aux fins de la *Medical Care Insurance Act* (1999), voici une liste des services médicaux non assurés :

- les conseils que le médecin donne au téléphone à un bénéficiaire;
- la distribution par un médecin de produits médicinaux, de médicaments ou d'appareils médicaux ainsi que la remise ou la rédaction d'une ordonnance médicale;
- la préparation par un médecin de dossiers, de rapports ou de certificats pour un patient, ou en son nom, ou toute communication avec un patient ou concernant un patient;
- les services rendus par un médecin à son épouse ou à ses enfants;
- les services auxquels un patient a droit en vertu d'une loi du Parlement du Canada, de la province de Terre-Neuve-et-Labrador, d'une autre province ou d'un territoire du Canada ou d'un pays étranger;
- le temps ou les dépenses associés à un déplacement effectué en vue de donner une consultation à un patient;
- les services ambulanciers et les autres formes de transport de patients;

- l'acupuncture et tous les actes et services connexes, à l'exclusion de l'évaluation visant à établir le diagnostic de la maladie qui serait traitée par acupuncture;
- les examens qui ne sont pas nécessaires sur le plan médical ou qui sont effectués à la demande d'un tiers, sauf s'ils sont précisés par l'autorité compétente;
- la chirurgie plastique ou toute autre chirurgie à visée purement esthétique, sauf en cas d'indication médicale;
- les témoignages en cour;
- les consultations d'optométristes, d'omnipraticiens et d'ophtalmologistes visant uniquement à déterminer si des lunettes ou des verres de contact doivent être prescrits ou remplacés;
- les honoraires des dentistes, des chirurgiens stomatologistes ou des omnipraticiens pour les extractions dentaires courantes effectuées à l'hôpital;
- les traitements au fluorure chez les enfants de moins de quatre ans;
- l'excision de xanthélasmas; la circoncision des nouveau-nés;
- l'hypnothérapie; l'examen médical des conducteurs;
- les traitements de l'alcoolisme et des toxicomanies effectués à l'extérieur du Canada;
- les consultations exigées par le règlement de l'hôpital;
- les avortements thérapeutiques pratiqués dans la province dans un établissement non approuvé par le College of Physicians and Surgeons of Newfoundland and Labrador;
- la chirurgie pour changement de sexe, en l'absence de recommandation du Clarke Institute of Psychiatry;
- la fécondation in vitro et la stimulation ovarienne avec insémination;
- la réperméabilisation tubaire ou la vasovasostomie;
- les actes chirurgicaux, thérapeutiques ou diagnostiques non fournis dans les établissements autres que ceux figurant à l'annexe de la *Hospitals Act* ou approuvés en vertu de l'alinéa 3 d);
- les autres services non prévus à l'article 3 de la *Loi*.

La plupart des services de diagnostic (p. ex. les services de laboratoire et de radiographie) sont fournis dans les établissements publics de la province. La politique hospitalière sur l'accès assure qu'un accès prioritaire n'est pas accordé aux tiers.

Les fournitures ainsi que les services médicaux, le cas échéant, associés à un service assuré, sont fournis aux patients gratuitement et conformément aux normes nationales régissant la pratique. Les patients ont le droit d'avoir des fournitures ou des services améliorés moyennant un supplément. Les normes concernant les fournitures médicales sont élaborées par les hôpitaux qui assurent ces services, par voie de consultation avec les fournisseurs de services.

Les services de chirurgie dentaire et les autres services non couverts par le programme de chirurgie dentaire sont les honoraires du dentiste, du chirurgien stomatologiste ou de l'omnipraticien pour les extractions dentaires courantes effectuées à l'hôpital.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité

Les résidents de Terre-Neuve-et-Labrador sont admissibles à la couverture en vertu de la *Medical Care Insurance Act* (1999) et de la *Hospital Insurance Agreement Act*. Au sens de la *Medical Care Insurance Act* (1999), un « habitant » est une personne légalement autorisée à vivre ou à rester au Canada et qui réside dans la province, ou qui y vit habituellement, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite dans la province.

Le *Medical Care Insurance Beneficiaries and Inquiries Regulations (Règlement 20-96)* désigne les habitants admissibles à la couverture des régimes. Le régime d'assurance-santé a établi des règles garantissant l'application juste et uniforme du *Règlement* lors du traitement des demandes de couverture. Le régime d'assurance-santé applique la norme suivante : les personnes qui déménagent d'une autre province à Terre-Neuve-et-Labrador deviennent admissibles le premier jour du troisième mois suivant le mois de leur arrivée.

Les personnes suivantes ne sont pas admissibles à la couverture des régimes : les étudiants et leurs personnes à charge qui sont couverts par le régime d'une autre province ou d'un territoire; les personnes à charge d'un habitant de la province, si elles sont couvertes par le régime d'une autre province ou d'un territoire; les réfugiés, les demandeurs du statut de réfugié et leurs personnes à charge; les travailleurs étrangers détenant des permis de travail ainsi que leurs personnes à charge qui ne répondent pas aux critères établis; les étudiants étrangers et leurs personnes à charge; les personnes qui font du tourisme, sont de passage ou en visite dans la province ainsi que leurs personnes à charge; les membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada (GRC); les détenus sous responsabilité fédérale; les membres des Forces armées d'autres pays stationnés dans la province.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Pour avoir accès aux services assurés, une personne doit être inscrite au régime d'assurance-santé et posséder une carte d'assurance-santé valide. Il est conseillé aux nouveaux arrivants de faire leur demande d'inscription le plus tôt possible après leur arrivée à Terre-Neuve-et-Labrador. Un processus de réinscription au régime d'assurance-santé de la province a été finalisé en 2007. Tous les résidents de la province ont été tenus de remplir un formulaire de réinscription pour recevoir une nouvelle carte du régime d'assurance-santé.

L'inscription d'un nouveau-né ou d'un enfant adopté incombe aux parents. Les parents d'un nouveau-né reçoivent un formulaire de demande d'inscription au moment du congé de l'hôpital. Dans la plupart des cas, le numéro de la carte d'assurance-santé valide du père ou de la mère doit figurer sur la demande faite pour l'enfant. Si l'enfant ne porte ni le nom de famille du père ni celui de la mère, un certificat de naissance ou de baptême est exigé.

Les demandes d'inscription d'un enfant adopté doivent être accompagnées d'une copie des documents d'adoption officiels, du certificat de naissance ou de l'avis de placement en adoption émis par le Ministère. Les demandes d'inscription d'un enfant adopté à l'étranger doivent être accompagnées de documents attestant qu'il est résident permanent.

3.3 Autres catégories de personnes

Les travailleurs et les ecclésiastiques étrangers, ainsi que les personnes à charge des membres de l'Organisation du Traité de l'Atlantique Nord (OTAN), sont admissibles à la couverture de l'assurance-santé. Les détenteurs de permis ministériels le sont également, sous réserve de l'approbation du régime d'assurance-santé. Les étudiants étrangers qui étudient dans la province sont devenus admissibles au régime d'assurance-santé en juin 2007.

4.0 Transférabilité

4.1 Période d'attente minimale

Les assurés d'une autre province ou d'un territoire qui déménagent à Terre-Neuve-et-Labrador sont admissibles à compter du premier jour du troisième mois suivant le mois de leur arrivée.

Les personnes venues de l'étranger qui établissent leur résidence dans la province sont admissibles le jour même de leur arrivée. Les mêmes règles s'appliquent aux membres des Forces canadiennes

et de la GRC au moment de la cessation d'emploi et aux personnes libérées de pénitenciers fédéraux. Cependant, pour que la couverture entre en vigueur, ces personnes doivent s'inscrire au régime d'assurance-santé. Les personnes venues de l'étranger qui sont autorisées à travailler dans la province pour une année ou plus sont immédiatement couvertes.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

La province de Terre-Neuve-et-Labrador est partie à l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité en ce qui concerne les questions ayant trait à la transférabilité des services assurés au Canada.

Les articles 12 et 13 du *Hospital Insurance Regulations* (1996) définissent la transférabilité de la couverture des soins hospitaliers au cours d'absences temporaires au Canada et à l'étranger. La transférabilité de la couverture des soins médicaux au cours d'absences temporaires au Canada ou à l'étranger est définie dans la politique du Ministère. Les politiques d'admissibilité aux services hospitaliers assurés et d'admissibilité aux services médicaux assurés sont liées, mais il n'existe pas de processus officiel à cet égard.

Les habitants de la province sont couverts pendant une absence temporaire au Canada. Le gouvernement a conclu, avec les autres provinces et les territoires, des ententes officielles de facturation des services hospitaliers assurés (Entente de facturation réciproque des soins hospitaliers). Les coûts de ces services sont remboursés aux taux normalisés approuvés par la province ou le territoire où les services ont été rendus. Les interventions coûteuses pour le traitement de malades hospitalisés et les services aux malades externes sont remboursés aux taux nationaux convenus entre les régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires par l'entremise du Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS).

Les services médicaux reçus dans une autre province, sauf au Québec, ou dans un territoire sont payés en vertu de l'Entente de facturation réciproque des soins médicaux, aux taux de la province ou du territoire où le service a été rendu. Les réclamations concernant les services médicaux reçus au Québec sont présentées par le patient au régime d'assurance-santé, et le paiement est effectué aux taux en vigueur dans cette province.

Pour être admissible à la couverture à l'extérieur de la province, le bénéficiaire doit satisfaire aux exigences de la *Loi* et respecter les règles du régime d'assurance-santé relatives à la résidence à Terre-Neuve-et-Labrador. Pour être assuré, un habitant doit résider dans la province pour une période consécutive de quatre mois pour chaque période de 12 mois. En général, les règles qui s'appliquent à la couverture des soins médicaux et hospitaliers sont les suivantes :

- Avant de quitter la province pour une longue période, la personne doit communiquer avec le régime d'assurance-santé pour obtenir un certificat de couverture à l'extérieur de la province.
- L'assuré qui part en vacances à l'extérieur de la province peut recevoir un certificat initial de couverture à l'extérieur de la province valide pour 12 mois, au plus. À son retour, il devra résider dans la province pendant une période consécutive d'au moins quatre mois. La période de couverture des certificats suivants se limitera à huit mois.
- L'étudiant qui quitte la province peut recevoir un certificat, renouvelable chaque année, à condition de fournir une preuve d'inscription à plein temps dans un établissement d'enseignement agréé situé à l'extérieur de la province.
- La personne qui va occuper un emploi à l'extérieur de la province peut recevoir un certificat de couverture d'au plus 12 mois. Une vérification relative à l'emploi peut être exigée.

- La personne qui établit sa résidence dans une autre province, un territoire ou un autre pays ne doit pas rester inscrite au régime d'assurance-santé de la province.
- Le certificat de couverture à l'extérieur de la province n'est pas exigé pour les voyages de moins de 30 jours, mais peut être délivré sur demande.
- Pour les voyages de plus de 30 jours à l'extérieur de la province, un certificat est exigé comme preuve que la personne peut payer les services qu'elle reçoit pendant son séjour à l'extérieur de la province.

La personne qui omet de demander un certificat de couverture à l'extérieur de la province ou qui ne respecte pas les règles relatives à la résidence peut devoir payer le coût des services médicaux ou hospitaliers reçus à l'extérieur de la province.

L'assuré qui déménage de façon permanente ailleurs au Canada est couvert jusqu'au dernier jour, inclusivement, du deuxième mois suivant le mois de son départ. La couverture cesse immédiatement dans le cas d'un déménagement permanent à l'étranger.

En 2007-2008, la somme totale payée par le régime d'assurance-santé pour des services médicaux reçus par des résidents dans une autre province ou un autre territoire s'élevait à 6 320 000 $.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'extérieur du Canada

La province offre une couverture à ses habitants pendant leurs absences temporaires à l'étranger. Les services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés ou externes sont couverts en cas d'urgence, de maladies subites et d'interventions non urgentes, à des taux établis. Les services hospitaliers à des malades hospitalisés ou externes fournis à l'étranger peuvent être couverts par le régime s'ils ont été fournis dans un établissement agréé (autorisé ou approuvé par l'autorité compétente de l'État ou du pays). Le montant maximal payable par l'assurance-hospitalisation gouvernementale pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés est de 350 $ par jour, dans le cas d'un hôpital communautaire ou régional, et de 465 $ par jour, dans le cas d'un hôpital de soins tertiaires (établissement hautement spécialisé). Le taux approuvé pour les services à des malades externes est de 62 $ par visite, et de 220 $ par séance d'hémodialyse. Les taux approuvés sont en devise canadienne.

En 2007-2008, la somme totale payée par le régime d'assurance-santé pour des services médicaux assurés reçus à l'extérieur du Canada s'élevait à 1 148 560 $.

Les services médicaux sont couverts en cas d'urgence ou de maladie subite, ou s'ils ne sont pas disponibles dans la province ou ailleurs au Canada. Ils sont payés au taux en vigueur à Terre-Neuve-et-Labrador pour les mêmes services. Si le service n'est pas disponible à Terre-Neuve-et-Labrador, le taux payé est celui de l'Ontario ou de la province où il est disponible.

Le montant total payé par le régime d'assurance-santé en 2007-2008 pour les services médicaux assurés fournis à l'extérieur du Canada était de 300 000 $.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

L'approbation préalable n'est pas exigée pour les services assurés médicalement nécessaires donnés par des hôpitaux autorisés ou par des médecins habilités dans les autres provinces ou les territoires.

Si un habitant de la province doit aller à l'étranger pour recevoir des soins hospitaliers spécialisés parce que le service assuré n'est pas disponible au Canada, le régime provincial d'assurance-santé défraiera le coût des services nécessaires à ses soins. Toutefois, l'approbation préalable du Ministère est alors exigée, et le médecin qui dirige le patient vers un établissement étranger doit communiquer avec le Ministère ou le régime d'assurance-santé pour l'obtenir.

L'approbation préalable du régime d'assurance-santé n'est pas exigée dans le cas de services médicaux; il est toutefois recommandé aux médecins de la demander

pour sensibiliser les patients aux coûts associés à ces services. Les omnipraticiens et les spécialistes peuvent demander cette approbation au nom de leurs patients. L'approbation préalable n'est pas accordée dans le cas de traitements non urgents si les services sont disponibles dans la province ou ailleurs au Canada.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

À Terre-Neuve-et-Labrador, l'accès aux services de santé assurés est accordé selon des modalités uniformes. Dans la province, il n'existe aucune exigence de participation aux frais, dans le cas des services hospitaliers assurés, ni aucune surfacturation par les médecins.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

En date du 31 mars 2008, les régies régionales de la santé employaient directement environ 19 500 personnes dans Terre-Neuve-et-Labrador dont 7 600 infirmières (infirmières auxiliaires autorisées et infirmières autorisées), 730 travailleurs sociaux, 385 techniciens de laboratoire médical, 305 techniciens en radiation médicale, un autre 475 fournisseurs de services de soins de santé de diverses occupations, 980 gestionnaires et environ 9 000 employés de soutien (services ménagers, buanderie, installations, personnel diététique, etc.) En outre, environ 989 médecins travaillent dans la province, dont environ un tiers sont employés directement par les autorités régionales de la santé et occupent des postes à traitement annuel (ils ne font pas partie des 19 500 personnes).

Le ministère de la Santé et des Services communautaires travaille en étroite collaboration avec les établissements d'enseignement au sein de la province afin de conserver un nombre adéquat de professionnels de la santé. La province collabore également avec des organismes externes relativement aux professionnels qui n'ont pas été formés dans la province.

Les services hospitaliers assurés sont fournis par 36 hôpitaux et centres de santé partout à Terre-Neuve-et-Labrador. Tous les établissements fournissent des services d'urgence 24 heures sur 24, des services de consultation externe ainsi que des services de laboratoire et de radiologie. Les autres services varient d'un établissement à l'autre, et vont de la chirurgie générale, de la médecine interne et de l'obstétrique aux services spécialisés comme la cardiologie et la neurologie. Des soins quaternaires ne sont pas offerts à Terre-Neuve-et-Labrador; les habitants de la province doivent donc se rendre ailleurs pour obtenir ces services. Des services assurés sont aussi fournis par 14 postes d'infirmières.

Le gouvernement a continué d'améliorer la capacité au moyen d'un investissement de 22,3 millions de dollars en 2007 pour du matériel de diagnostic et des biens d'équipement nouveaux, y compris deux nouveaux accélérateurs linéaires afin d'augmenter la capacité des services de radiothérapie au Dr. H. Bliss Murphy Cancer Centre à St. John's.

En date du 31 mars 2008, Terre-Neuve-et-Labrador se situait à l'intérieur des normes nationales en ce qui a trait aux soins cardiaques, au remplacement d'articulations et aux soins contre le cancer de 78 % à 100 % du temps, ce qui démontre que les quatre régies régionales fournissent un accès à ces services en respectant d'assez près le calendrier visé.

En 2007, le gouvernement a fourni 2 millions de dollars afin d'améliorer l'accès aux services de soins de santé, y compris des heures prolongées de travail pour offrir des services IMR à St. John's et à Corner Brook, des services de mammographie améliorés et des services CT à Carbonear et des services étendus d'endoscopie à Gander et Grand Falls-Windsor. Un montant additionnel de 11,5 millions de dollars a été attribué aux régies régionales de la santé pour traiter les questions de pressions d'utilisation et investir dans de nouvelles initiatives, y compris des lits supplémentaires pour soins de longue durée et soins actifs,

la mise en œuvre d'un nouveau service d'implant cochléaire bilatéral à St. John's, l'établissement d'une équipe médicale spécialisée de vol pour le service ambulatoire aérien de la province et des services améliorés de dialyse, de soins pour accidentés cérébro-vasculaires, d'inhalothérapie et de services de laboratoire.

Terre-Neuve-et-Labrador a mis sur pied le Picture Archiving and Communications System (PACS), soit le système provincial d'archivage d'images et de communication et, en décembre 2007, a réussi à fournir 95 % d'imagerie diagnostique sous format numérique aux fournisseurs de soins de santé autorisés à travers la province.

Des incitatifs de recrutement ciblés sont en place afin d'attirer des professionnels de la santé. Plusieurs programmes ont été mis en oeuvre en vue de fournir une prime au moment de la signature, des bourses, des possibilités d'amélioration des compétences et autres incitatifs pour une vaste gamme de métiers de santé.

Le cadre provincial de soins de santé primaires, *Moving Forward Together: Mobilizing Primary Health Care*, continue d'orienter le remodelage des soins de santé primaires à Terre-Neuve-et-Labrador selon un mode de prestation des services fondé sur la santé des populations, et par l'application d'une approche volontaire et incrémentielle. Les services de soins de santé primaires incluent tous les services de santé fournis sur un territoire géographique (population minimale de 6 000 personnes; population maximale de 25 000 personnes) qui vont de la prévention primaire au traitement des maladies aiguës et épisodiques au niveau primaire de prestation des services de santé.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Une clinique dentaire pédiatrique pilote, *Operation Tooth*, a été tenue au Labrador en janvier 2008. Une équipe de chirurgiens s'est rendue au Labrador Health Centre à Happy Valley-Goose Bay afin d'effectuer 38 chirurgies pour des enfants sur une liste d'attente de services de chirurgie dentaire qui généralement se rendaient par avion à St. John's pour obtenir de tels services.

Un nouveau programme d'octroi de bourses en soins dentaires appuiera l'augmentation du nombre de dentistes exerçant à travers la province, notamment dans les régions rurales. Le gouvernement a investi 150 000 $ afin de mettre le programme en oeuvre en 2008 et 275 000 $ annuellement pour deux volets du programme : le Rural Dental Bursary Program et le Specialist Bursary Program.

Le nombre de médecins qui exercent dans la province est relativement stable, mais une tendance à la hausse se dessine depuis 2003. En ce qui concerne les médecins, le Ministère est déterminé à travailler avec les régies régionales de la santé à l'élaboration d'un plan provincial de ressources humaines qui repose sur le principe de l'accès aux services.

En date du 31 mars 2008, 480 omnipraticiens et 509 spécialistes exerçaient dans la province, par rapport à 481 omnipraticiens et 504 spécialistes en date du 31 mars 2007.

Le Ministère a adopté plusieurs mesures pour garantir l'accès aux services médicaux assurés, dont les suivantes :

- le financement du bureau de recrutement provincial;
- des primes de maintien en poste pour les médecins salariés, accordées en fonction du lieu d'exercice et du nombre d'années de service;
- un programme de bourses annuelles d'une valeur totale de 575 000 $ pour les résidents et les étudiants en médecine (en médecine familiale d'après le Service canadien de jumelage des résidents), qui acceptent d'offrir des services médicaux dans les régions insuffisamment desservies de la province. Au cours de 2007-2008, 27 bourses ont été accordées.

5.4 Rémunération des médecins

La loi régissant les honoraires versés aux médecins et aux dentistes au titre des services assurés est la *Medical Care Insurance Act* (1999).

Les modes de rémunération actuels des médecins pour la prestation des services de santé assurés sont la rémunération à l'acte, à salaire et à forfait ainsi que le paiement à la vacation.

Les ententes sur la rémunération sont négociées entre le gouvernement de la province et la Newfoundland and Labrador Medical Association (NLMA) au nom de tous les médecins. Des représentants des régies régionales de la santé jouent un important rôle dans le processus. L'entente actuelle négociée avec l'association médicale provinciale doit prendre fin en 2009.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Le Ministère est responsable du financement des régies régionales de la santé au titre des activités permanentes et de l'acquisition d'immobilisations. Le financement des services assurés est accordé aux régies régionales à titre de budget global annuel. Les paiements sont versés conformément à la *Hospital Insurance Agreement Act* (1990) et à la *Hospitals Act.* Dans le cadre de leurs obligations redditionnelles à l'égard du gouvernement, les régies doivent satisfaire aux exigences ministérielles de présentation de rapports annuels, comme les états financiers vérifiés, et d'autres renseignements financiers et statistiques. Le processus d'établissement du budget global accorde à tous les conseils désignés le pouvoir, la responsabilité et l'obligation de rendre compte de l'enveloppe budgétaire dans le cadre de l'exécution de leurs mandats.

Au cours de l'exercice financier, les régies régionales de la santé ont présenté au Ministère des demandes de financement supplémentaire à la suite de changements dans les programmes ou de l'augmentation de la charge de travail. Ces demandes ont été examinées, et pour celles qui ont été approuvées par le Ministère, le financement a été accordé à la fin de chaque exercice. Pour toutes les corrections du niveau de financement annuel faites notamment en raison de l'ajout de postes ou de changements dans les programmes approuvés, le financement commence à la date d'entrée en vigueur de l'augmentation et est fonction des besoins de trésorerie.

Les régies régionales de la santé ont constamment des défis à relever parce que la demande croît alors que les coûts augmentent, que les charges de travail du personnel s'alourdissent, que les attentes des patients sont plus grandes et que les technologies de pointe exigent toujours plus de temps, de ressources et de financement. Elles continuent de collaborer avec le Ministère pour s'attaquer à ces questions et fournir des services de santé efficaces, efficients et de qualité.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le financement accordé par le gouvernement fédéral au titre du Transfert canadien en matière de santé (TCS) et du Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS) a été reconnu et mentionné par le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador dans le budget provincial annuel, dans des communiqués de presse, sur ses sites Web et dans divers autres documents, soit, pour 2007-2008, les documents suivants :

- 2007-2008 Public Accounts;
- Estimates 2007-2008;
- Budget Speech 2007.

Les comptes publics et le budget, que le gouvernement a présentés à la Chambre d'assemblée, sont accessibles aux habitants de Terre-Neuve-et-Labrador et ont été communiqués à Santé Canada à titre indicatif.

7.0 Services complémentaires de santé

7.1 Soins de longue durée, soins intermédiaires à domicile et soins en établissement pour adultes

Le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador a mis sur pied des programmes de soins de longue durée en établissement et des programmes communautaires pour les personnes qui reçoivent leur congé de l'hôpital, les personnes âgées et les personnes handicapées. Voici quelques-uns de ces programmes qui sont fournis par les régies régionales de la santé :

- L'hébergement de longue durée en établissement est fourni aux habitants qui ont besoin de soins infirmiers de haut niveau dans trois hôpitaux (y compris un établissement psychiatrique), 17 centres de santé communautaire et 20 foyers. Ces installations comptent environ 2 747 lits. Les pensionnaires paient un maximum de 2 800 $ par mois, en fonction de leur capacité de payer qui est déterminée selon les critères provinciaux. Le reste du financement nécessaire au fonctionnement de ces établissements est fourni par le Ministère.
- Les personnes qui ont besoin de soins supervisés ou d'une aide minimale pour les activités quotidiennes peuvent bénéficier de services en établissement offerts dans les foyers de soins personnels. Ces 104 centres totalisent quelque 3 529 lits, partout dans la province. Ils sont exploités par le secteur privé à but lucratif. Un pensionnaire peut recevoir un financement allant jusqu'à 1 534 $ par mois, selon l'évaluation de sa situation financière fondée sur des critères normalisés.

7.2 Services de soins à domicile

Les services de soins à domicile comprennent les soins de soutien professionnels et non professionnels permettant aux personnes de demeurer chez elles aussi longtemps que possible pourvu que leur sécurité ne soit pas à risque. Parmi les services professionnels figurent les soins infirmiers et certains programmes de réadaptation. Ces services, financés par l'État, sont fournis par le personnel des quatre régies régionales de la santé. Les services non professionnels comprennent les soins personnels, l'administration de la maison, les soins de relève et la maîtrise du comportement. Ces services sont assurés par des aides de maintien à domicile par l'intermédiaire d'une agence ou en vertu d'ententes de soins autogérés. L'admissibilité aux services non professionnels est établie à l'aide d'une évaluation de la situation financière du client fondée sur les critères provinciaux. Le montant maximal mensuel accordé en 2007-2008 pour ces services était de 2 707 $ pour une personne âgée et de 3 875 $ pour une personne handicapée.

7.3 Services de soins de santé ambulatoires

- Le programme de services ambulanciers aériens transporte les patients qui ont besoin de soins d'urgence et qui ne peuvent utiliser une compagnie aérienne commerciale ou un service d'ambulance terrestre pour des raisons d'urgence ou de temps ou parce qu'ils sont dans une région isolée. Les appareils utilisés sont deux avions à voilure fixe et cinq hélicoptères nolisés. Les hélicoptères transportent également les médecins et les infirmières qui offrent des cliniques dans les régions éloignées. Au Labrador, un troisième avion à voilure fixe assure le transport régional pour raison médicale, dont bénéficient également les résidents des collectivités côtières de Happy Valley et de Goose Bay, au Labrador, qui ont un rendez-vous régulier chez le médecin.

- Les habitants qui utilisent une compagnie aérienne commerciale pour avoir accès à des services assurés médicalement nécessaires, non disponibles dans leur région ou dans la province, peuvent être admissibles à une aide financière dans le cadre du Programme d'aide pour le transport des malades, administré par le Ministère. Les donneurs de reins, de moelle osseuse ou de cellules souches peuvent recevoir une aide financière, gérée par Eastern Health, si le receveur est un habitant de Terre-Neuve-et-Labrador admissible à la couverture des régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-santé de la province.
- Le régime de soins dentaires comprend un programme pour enfants et un programme de soutien du revenu. Le premier couvre les services dentaires suivants pour tous les enfants de 12 ans ou moins : examens tous les six mois; nettoyage tous les 12 mois; applications de fluorure tous les 12 mois chez les 6 à 12 ans; radiographies (certaines restrictions sont imposées); obturations et extractions; certaines autres interventions précises qui doivent être approuvées avant le traitement. Le deuxième couvre les services suivants pour les prestataires du programme de soutien du revenu âgés de 13 à 17 ans : examens (tous les 24 mois); radiographies (certaines restrictions sont imposées); obturations et extractions ordinaires; extractions d'urgence, lorsque la douleur, une infection ou un trauma motive la consultation. Les bénéficiaires adultes du programme de soutien du revenu sont admissibles aux soins d'urgence et aux extractions.
- Le Newfoundland and Labrador Prescription Drug Program (NLPDP) (régime de médicaments d'ordonnance de Terre-Neuve-et-Labrador) fournit les médicaments de prescription et d'autres produits pharmaceutiques assurés approuvés par le ministère de la Santé et des Services communautaires, qui sont inscrits à la liste des produits assurés du NLPDP. Ces produits assurés approuvés sont fournis aux résidents admissibles dans le cadre des régimes Foundation Plan, 65 Plus Plan, Special Needs Plan, Access Plan et Assurance Plan pour les habitants admissibles.
  - Le Foundation Plan assure la couverture des médicaments de prescription aux résidents de la province admissibles à une couverture complète, selon le ministère des Ressources humaines, du Travail et de l'Emploi. La couverture est également offerte aux résidents qui, en raison du coût élevé de leurs médicaments, peuvent avoir droit aux prestations propres à la carte de paiement des médicaments, aux pensionnaires des établissements de soins de longue durée subventionnés par le gouvernement, aux enfants placés et aux jeunes en établissements correctionnels. Le programme de soutien du revenu couvre le coût total des produits d'ordonnance assurés, dont une marge bénéficiaire fixe et les honoraires du pharmacien.
  - Le régime 65 Plus Plan est offert aux habitants âgés de 65 ans et plus qui reçoivent le Supplément de revenu garanti et qui sont inscrits à la Sécurité de la vieillesse. L'assurance couvre uniquement le coût du produit d'ordonnance comme tel, les autres coûts, comme les honoraires du pharmacien, étant à la charge de l'assuré.
  - Les prestations du régime Ostomy Subsidy (prestations pour stomisés) sont offertes aux aînés remplissant les conditions exigées pour obtenir une carte de paiement des médicaments en vertu du programme d'assurance-médicaments pour les aînés âgés de 65 ans et plus ou du programme de soutien du revenu. Le gouvernement remboursera, aux aînés admissibles, 75 p. 100 du coût de vente au détail des produits qui sont assurés. Les aînés admissibles doivent assumer la différence.

- Le Special Needs Plan (régime qui s'adresse aux personnes présentant des besoins spéciaux) assure une couverture universelle aux patients atteints de fibrose kystique et d'un déficit en hormone de croissance. Ce programme couvre le coût total de certains produits – médicaments de prescription pour certaines maladies, enzymes, aliments, fournitures médicales et appareils – fournis par l'intermédiaire du centre Health Sciences Central Supply and Pharmacy.
- Le Access Plan (programme d'assurance-médicaments pour les personnes à faible revenu) assure l'accès à des médicaments sur ordonnance aux résidents de Terre-Neuve-et-Labrador qui sont admissibles au régime d'assurance-santé, qui possèdent une carte d'assurance-santé et qui satisfont aux seuils de revenu établis. Ce programme couvre un pourcentage des coûts des médicaments (de 30 à 80 p. 100), selon le revenu familial.
- Le Assurance Plan (régime d'assurance-médicaments) impose une limite des dépenses annuelles des médicaments à un pourcentage du revenu familial net.

Personnes inscrites					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#)	599 907	569 835	545 160	545 629	506 530 [1]

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**	**2007-2008**
2. Nombre (#) :					
a. soins actifs	36	36	36	36	36
b. soins chroniques	0	0	0	0	0
c. soins de réadaptation	0	0	0	0	0
d. autres	0	0	0	0	14 [2]
e. total	36	36	36	36	50 [2]
3. Paiement des services de santé assurés ($) :					
a. soins actifs	666 773 382	679 024 717	740 235 437	743 680 905	798 018 159
b. soins chroniques	0	0	0	0	0
c. soins de réadaptation	0	0	0	0	0
d. autres	0	0	0	0	0
e. total	666 773 382	679 024 717	740 235 437	743 680 905	798 018 159
Établissements privés à but lucratif	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**	**2007-2008**
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#) :					
a. installations chirurgicales	1	1	1	1	1
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	1	1	1	1	1
5. Paiement des services de santé assurés donnés par des établissements privés à but lucratif ($) :					
a. installations chirurgicales	280 250	264 575	285 475	288 800	307 825
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	
c. total	280 250	264 575	285 475	288 800	307 825

Services hospitaliers assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2003-2004	2004-2005 [3]	2005-2006 [3]	2006-2007	2007-2008
6. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	1 640	1 711	1 850	1 736	1 910
7. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	12 397 072	12 276 510	15 355 713	15 157 341	16 509 144
8. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	25 762	27 577	30 762	34 349	34 159
9. Paiements totaux, consultations externes ($)	3 232 235	4 489 143	5 385 716	6 755 412	6 817 250
Services hospitaliers assurés offerts à l'extérieur du Canada					
10. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	62	50	54	60	73
11. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	363 153	76 981	112 039	92 683	496 719
12. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	283	301	261	345	404
13. Paiements totaux, consultations externes ($)	167 588	60 159	24 265	934 295 [4]	651 841

1. Terre-Neuve-et-Labrador vient de compléter le processus de réinscription qui a débuté en 2006. Le nombre pour 2007-2008 représente uniquement les résidents réinscrits.
2. Postes d'infirmières et cliniques communautaires non compris dans les rapports précédents.
3. Les lignes 6 à 9 ont été modifiées afin de refléter les ajustements du traitement de dates.
4. Augmentation attribuable aux patients ayant obtenu l'approbation préalable de recevoir des services à l'extérieur du pays.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
14. Nombre de médecins participants (#) : [5]					
a. omnipraticiens	451	460	471	481	480
b. spécialistes	499	494	500	504	509
c. autres	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
d. total	950	954	971	985	989
15. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
16. Nombre de médecins qui ne participent pas (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
17. Services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement :					
a. nombre de services (#)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
b. paiements totaux ($)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
18. Services médicaux rémunérés à l'acte :					
a. nombre de services (#)	3 953 889	4 019 000	4 234 000	4 295 000	4 361 000
b. paiements totaux ($)	153 352 000	175 910 000	180 263 000	182 730 000	189 169 000

Services médicaux assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
19. Nombre de services (#)	139 000	113 000	136 000	139 000	168 000
20. Paiements totaux ($)	4 518 000	4 770 000	5 197 000	6 290 000	6 320 000
Services médicaux assurés offerts à l'extérieur du Canada					
21. Nombre de services (#)	1 800	2 400	2 300	2 100	2 300
22. Paiements totaux ($)	199 000	136 000	135 000	130 000	300 000

Services chirurgicaux et dentaires assurés offerts dans la province ou le territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
23. Nombre de dentistes participants (#)	25	31	28	27	25
24. Nombre de services fournis (#)	3 609	3 022	2 633	2 044	885
25. Paiements totaux ($)	462 000	329 000	313 000	123 000	73 000

5. Exclut les médecins inactifs. Total des médecins salariés et rémunérés à l'acte.

Île-du-Prince-Édouard

Introduction

Le ministère de la Santé est un système de services intégrés qui visent la protection, le maintien et l'amélioration de la santé et du mieux-être des résidents de l'Île-du-Prince-Édouard.

Dans cette province, les services de santé sont fournis au moyen d'un seul modèle de gestion centralisé au sein du ministère de la Santé.

Le Ministère est chargé de fournir divers services de santé aux habitants de l'Île afin de promouvoir et d'aider à optimiser leur état de santé, dont des services de santé publique, des soins primaires, des soins de courte durée, des services hospitaliers communautaires et des soins continus. Ces services sont fournis par un effectif de plus de 4 500 professionnels dévoués, par l'entremise d'un grand nombre d'établissements et de programmes dans toute la province, notamment :

- des établissements de soins de courte durée;
- des hôpitaux communautaires;
- des résidences provinciales;
- un établissement de santé mentale pour malades hospitalisés;
- un établissement provincial de traitement des toxicomanies et des programmes communautaires;
- des centres de santé familiale;
- des programmes de santé publique et de soins à domicile et des programmes communautaires de lutte contre les toxicomanies;
- des programmes de santé mentale en milieu communautaire;
- le Bureau du médecin hygiéniste en chef;
- des services de statistiques de l'état civil et des services de réglementation.

Un ministre est l'ultime responsable du ministère de la Santé, de son rendement et de ses résultats envers le reste du gouvernement et la population de l'Île. Le Ministère est géré par un comité de gestion ministériel formé du sous-ministre, du sous-ministre adjoint des Opérations de santé et de neuf directeurs principaux chargés de diriger la gestion globale et les activités courantes du Ministère. Les principaux rôles des divisions sont résumés ci-après.

Soins de courte durée : fourniture de services spécialisés secondaires, au niveau régional et provincial, et de services de santé mentale en établissement aux habitants de l'Île. Les établissements sont le Prince County Hospital (PCH), le Queen Elizabeth Hospital (QEH) et le Hillsborough Hospital. Sur le plan administratif, un directeur exécutif est responsable du PCH et un autre directeur exécutif est responsable des deux autres hôpitaux (Queen Elizabeth et Hillsborough). Les deux directeurs font partie du comité de gestion du Ministère.

Hôpitaux communautaires et soins continus : services de soins de courte durée aux communautés rurales et services de soutien aux adultes et aux aînés qui ont besoin de soins continus à l'Île-du-Prince-Édouard. Les programmes et les établissements comprennent cinq hôpitaux communautaires ruraux, des résidences provinciales, des soins à domicile, des soins palliatifs, des services de dialyse et la protection des adultes. Sur le plan administratif, le directeur des hôpitaux communautaires et des soins continus est responsable de cette division, et il fait partie du comité de gestion du Ministère.

En outre, chacun des cinq hôpitaux communautaires est régi par un organisme hospitalier communautaire. Chaque conseil d'administration rend des comptes au ministre et doit voir à la mise au point des plans d'activités annuels et produire des rapports sur le rendement et les résultats de l'établissement à l'intention du ministre et de la population locale.

Programmes médicaux : application des programmes et services médicaux, dont le régime d'assurance-santé provincial, les services médicaux, l'aiguillage vers des médecins, l'évaluation et le paiement des factures des médecins, le programme de liaison à l'extérieur de la province, les services médicaux d'urgence et les demandes de remboursement présentées à l'assurance-santé pour des services reçus à l'intérieur ou à l'extérieur de la province. Sur le plan administratif, le directeur des programmes médicaux est responsable de cette division et fait partie du comité de gestion du Ministère.

Soins primaires : services de santé primaires à la population de l'Île-du-Prince-Édouard. Parmi les programmes et les établissements, il y a sept centres de santé familiale, des soins infirmiers de santé publique et des services de prévention des maladies chroniques. Sur le plan administratif, le directeur des soins primaires est responsable de cette division et fait partie du comité de gestion du Ministère.

Bureau du médecin hygiéniste en chef : se charge de la fourniture de programmes et de services dans les domaines de l'épidémiologie, de la recherche en santé, de l'hygiène du milieu, de la statistique de l'état civil et des soins génésiques. Le Bureau est également chargé d'appliquer la *Public Health Act*, de surveiller les programmes de santé publique connexes et de surveiller et de contrôler les maladies.

Secrétariat du recrutement et du maintien en poste du personnel de la santé : planifie les ressources humaines du domaine de la santé, les recrute et s'efforce de les maintenir en poste afin de répondre aux besoins actuels et futurs en médecins, infirmières et autres professionnels de la santé.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le régime d'assurance-hospitalisation, placé sous l'autorité du ministre de la Santé, est le mécanisme de couverture des services hospitaliers à l'Île-du-Prince-Édouard. La loi habilitante à cet égard est la *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act* (1988), qui assure les services définis à l'article 2 de la *Loi canadienne sur la santé.*

Le rôle du Ministère est d'assurer un leadership solide sur le plan de l'innovation et de l'amélioration continue, de l'administration de la qualité et des services de réglementation et de la prestation de services de santé centrés sur le client, selon les besoins de la communauté.

Le ministère de la Santé est responsable de la prestation des services et exploite des hôpitaux, des centres de santé, des résidences et des établissements de santé mentale. La Commission de la fonction publique embauche des médecins, des infirmières et d'autres travailleurs de la santé.

1.2 Liens hiérarchiques

Le Ministère présente un rapport annuel au ministre responsable, qui le dépose à l'Assemblée législative. Le rapport fournit de l'information sur les principes directeurs et les responsabilités législatives du Ministère, donne une vue d'ensemble et une description des activités des divisions du Ministère et souligne les principales statistiques de l'année.

Les conseils d'administration des organismes hospitaliers communautaires doivent rendre des comptes au ministre, conformément à la *Community Hospital Authorities Act*, et lui présenter des plans d'activités annuels ainsi que des renseignements, au besoin.

1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur général de l'Île-du-Prince-Édouard vérifie annuellement les comptes publics de la province, lesquels renferment des données sur les activités financières, les recettes et les dépenses du ministère de la Santé.

En vertu de la *Audit Act*, le vérificateur général provincial a le pouvoir discrétionnaire d'effectuer des vérifications supplémentaires de portée générale ou axées sur des programmes en particulier. Les organismes hospitaliers communautaires sont les entités responsables de la reddition de comptes aux termes de la *Financial Administration Act*.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les services hospitaliers assurés sont fournis en vertu de la *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act* (1988). Le règlement d'application de cette *Loi* (1996) définit les services hospitaliers assurés fournis sans frais aux malades hospitalisés et aux malades externes admissibles. Les services hospitaliers assurés sont les suivants : les services de soins infirmiers nécessaires; les services de laboratoire et de radiologie et autres services de diagnostic; l'hébergement et les repas au tarif de salle commune; les médicaments inscrits au formulaire, les produits biologiques et les préparations connexes prescrits par un médecin traitant et administrés à l'hôpital; l'utilisation des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; les fournitures chirurgicales courantes; les services de radiothérapie et de physiothérapie fournis à l'hôpital.

Le processus d'ajout d'un nouveau service hospitalier à la liste des services assurés nécessite d'abondantes consultations et négociations entre le Ministère et les principaux intervenants. Un plan d'activités doit être élaboré et, une fois approuvé par le ministre, présenté au Conseil du Trésor pour l'approbation du financement. Le Cabinet a le pouvoir final de décision en matière d'ajout de nouveaux services.

En mars 2008, sept établissements de soins de courte durée participaient au régime d'assurance de la province. En plus de 427 lits de soins de courte durée, ces établissements comptent 20 lits de soins de réadaptation et 20 lits pour les chirurgies d'un jour au sens de la *Hospitals Act* (1988), ce qui donne un total de 467 lits.

2.2 Services médicaux assurés

La loi habilitante qui prévoit la prestation de services médicaux assurés est la *Health Services Payment Act* (1988), modifiée en 1996 pour inclure le processus de planification des ressources médicales.

Les services médicaux assurés sont fournis par des médecins autorisés à exercer par le Collège des médecins et chirurgiens. En date du 31 mars 2008, 309 médecins, incluant les suppléants, avaient facturé le régime d'assurance.

En vertu de l'article 10 de la *Health Services Payment Act*, un médecin ou un praticien qui ne participe pas au régime d'assurance ne peut facturer le régime pour les services fournis. Lorsqu'un médecin non participant fournit un service médicalement nécessaire, le paragraphe 10(2) exige qu'il informe ses patients qu'il ne participe pas au régime d'assurance et qu'il leur donne suffisamment d'information pour qu'ils puissent être remboursés par le ministre de la Santé.

En vertu de l'article 10.1 de la *Health Services Payment Act*, un médecin ou un praticien participant peut choisir, sous réserve et en application du *Règlement*, à l'égard d'un patient ou d'un service de santé de base donné, de percevoir des honoraires en dehors du régime ou de se retirer de façon sélective du régime. Il doit alors informer les patients, avant de fournir le service, qu'ils seront facturés directement pour ce service. Lorsque des médecins font un tel choix, ils doivent en informer le ministre, et la totalité des honoraires à l'égard du service fourni sont à la charge du patient.

En date de 31 mars 2008, aucun médecin n'avait choisi de se retirer du régime d'assurance-santé. Tout service de santé de base médicalement nécessaire fourni par un médecin est couvert par le régime d'assurance-santé. Les services assurés sont : la plupart des services médicaux fournis en cabinet, à l'hôpital ou au domicile du patient; les services chirurgicaux médicalement nécessaires, dont les services d'anesthésistes et d'assistants en chirurgie en cas de besoin; les services obstétricaux, dont les soins prénatals et postnatals, les soins aux nouveau-nés et les soins reliés à des complications de grossesse telles qu'une fausse couche ou une césarienne; certaines interventions de chirurgie buccale et maxillo-faciale médicalement nécessaires pratiquées par un chirurgien stomatologiste, sous réserve d'une approbation préalable pour que la chirurgie se fasse à l'hôpital; les procédés de stérilisation, pour les femmes et pour les hommes; le traitement des fractures et des dislocations; certains services de spécialistes assurés, lorsque le patient a été aiguillé correctement par un médecin traitant.

L'ajout d'un service médical à la liste des services assurés nécessite des négociations entre le Ministère et la Medical Society. Un plan d'activités doit être élaboré et, une fois approuvé par le ministre, présenté au Conseil du Trésor pour l'approbation du financement. Le Cabinet a le pouvoir final de décision en matière d'ajout de nouveaux services.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les services dentaires ne sont pas couverts par le régime d'assurance-santé. Seuls les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux sont rémunérés par le régime. À l'heure actuelle, il y a deux chirurgiens dans cette catégorie. Les interventions de chirurgie dentaire comprises comme services de santé de base dans le barème des honoraires sont couvertes uniquement lorsque l'état médical du patient nécessite une intervention à l'hôpital ou en cabinet, sous réserve d'une approbation préalable, sur la confirmation du médecin traitant.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services hospitaliers provinciaux non couverts par le régime d'assurance-hospitalisation comprennent :

- les services auxquels les patients sont admissibles en vertu d'autres lois provinciales ou fédérales;
- les frais de kilométrage ou de déplacement, à moins qu'ils ne soient approuvés par le Ministère;
- les conseils ou les prescriptions par téléphone, à l'exception de la supervision de l'anticoagulothérapie;
- les examens requis pour le travail, les assurances, les études, etc.;
- les examens, les vaccinations ou les inoculations de groupe, à moins qu'ils n'aient été autorisés au préalable par le Ministère;
- la préparation de dossiers, de rapports, de certificats ou de communications, à l'exception des certificats d'internement dans un établissement de soins psychiatriques ou de traitement pour alcooliques ou toxicomanes;
- les témoignages en cour;
- les cliniques santé voyages et les dépenses;
- les chirurgies à caractère esthétique, à moins qu'elles ne soient médicalement nécessaires;
- les services dentaires autres que les actes compris dans les services de santé de base;
- les pansements, les médicaments, les vaccins, les produits biologiques et le matériel connexe;
- les lunettes et les appareils spéciaux;
- la physiothérapie, la chiropraxie, la podologie, l'optométrie, l'ostéopathie, la psychologie, la naturopathie, l'audiologie, l'acupuncture et les traitements similaires;
- le rétablissement de la fertilité;
- la fécondation in vitro;
- les services fournis par une autre personne lorsque le médecin superviseur est absent ou non disponible;

- les services fournis par un médecin à des membres de sa famille, à moins qu'il n'en ait reçu l'approbation préalable du Ministère;
- tout autre service que le Ministère peut, sur recommandation issue des négociations entre le Ministère et la Medical Society, déclarer non assuré.

Les services hospitaliers provinciaux non couverts par le régime d'assurance-hospitalisation comprennent : les soins infirmiers privés ou spéciaux fournis à la demande du patient ou de sa famille; les chambres à supplément, à la demande du patient; les services hospitaliers fournis en rapport avec une chirurgie purement esthétique; les appareils pour usage personnel, comme les téléphones et les téléviseurs; les médicaments, les produits biologiques, les prothèses et les orthèses que le patient utilisera après avoir obtenu son congé de l'hôpital; les extractions dentaires, sauf dans les cas où le patient doit être hospitalisé pour des raisons médicales, sous réserve de l'approbation préalable du Ministère.

La radiation de services du régime d'assurance-santé se fait en collaboration avec la Medical Society et le Ministère. Aucun service n'a été désassuré au cours de l'exercice 2007-2008.

Tous les habitants de l'Île-du-Prince-Édouard ont un accès égal aux services. Les tiers, comme les assureurs privés ou la Workers' Compensation Board of Prince Edward Island, ne bénéficient pas d'un accès prioritaire aux services moyennant un supplément.

La province n'a pas de processus officiel pour assurer la conformité; cependant, les renseignements fournis par les médecins, les administrateurs d'hôpitaux, les professionnels de la santé et le personnel permettent au Ministère de surveiller les questions d'utilisation et de services.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité

L'article 3 de la *Health Services Payment Act* et de son *Règlement* définit l'admissibilité aux régimes d'assurance-santé. Les régimes sont conçus pour offrir une couverture aux résidents admissibles de l'Île-du-Prince-Édouard. Le terme résident désigne toute personne légalement autorisée à demeurer au Canada, qui élit domicile et se trouve ordinairement au moins six mois plus un jour par année à l'Île-du-Prince-Édouard.

Tous les nouveaux résidents doivent s'inscrire auprès du Ministère pour devenir admissibles. Les personnes de l'extérieur de la province qui s'établissent en permanence à l'Île-du-Prince-Édouard deviennent admissibles aux services médicaux et hospitaliers assurés le premier jour du troisième mois suivant le mois de leur arrivée.

Les résidents qui ne sont pas admissibles à la couverture du régime d'assurance-santé de l'Île-du-Prince-Édouard sont les membres des Forces canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC), les détenus des pénitenciers fédéraux et les ayants droit à certains services dans le cadre d'autres programmes gouvernementaux, tels que l'indemnisation des accidentés du travail et les programmes du ministère des Anciens Combattants.

Des résidents qui ne sont pas admissibles peuvent le devenir dans certaines circonstances. C'est le cas des membres des Forces canadiennes ou de la GRC au moment de leur libération ou à la fin d'un congé de réadaptation. Les détenus des pénitenciers deviennent admissibles au moment de leur libération. Dans ces cas, la province où la personne était stationnée au moment de sa libération ou à la fin de son congé de réadaptation assumerait la couverture initiale durant la période d'attente habituelle d'au plus trois mois. Les détenus en liberté conditionnelle seraient traités de la même façon que les libérés conditionnels.

Les étudiants étrangers, les touristes, les personnes de passage et les visiteurs à l'Île-du-Prince-Édouard ne peuvent être considérés comme des résidents de la province et, de ce fait, n'ont pas droit aux avantages de l'assurance-hospitalisation et de l'assurance-santé.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Les résidents nouvellement installés à l'Île-du-Prince-Édouard ou qui y reviennent doivent remplir une demande d'inscription du Ministère pour s'inscrire au régime d'assurance-santé. Après vérification de la demande pour s'assurer qu'elle contient toute l'information nécessaire, une carte d'assurance-santé est émise puis envoyée au résident dans un délai de deux semaines. Le renouvellement de la couverture se fait tous les cinq ans; les résidents reçoivent un avis par la poste six semaines avant la date de renouvellement.

En date du 31 mars 2008, 146 518 résidents étaient inscrits au régime d'assurance-santé de l'Île-du-Prince-Édouard.

3.3 Autres catégories de personnes

Les étudiants étrangers, les travailleurs temporaires, les réfugiés et les détenteurs de permis ministériel ne sont pas admissibles à l'assurance-santé ni à la couverture des soins médicaux. Les réfugiés du Kosovo constituent une exception à cette règle et sont admissibles à l'assurance-santé et à la couverture des soins médicaux à l'Île-du-Prince-Édouard.

4.0 Transférabilité

4.1 Période d'attente minimale

Les assurés qui déménagent à l'Île-du-Prince-Édouard sont admissibles à l'assurance-santé le premier jour du troisième mois suivant le mois de leur arrivée dans la province.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Les personnes qui s'absentent chaque année pour des vacances d'hiver ou des situations semblables nécessitant des absences régulières doivent résider à l'Île-du-Prince-Édouard au moins six mois plus un jour chaque année pour être admissibles à des services assurés en cas de maladie subite ou d'urgence pendant qu'elles sont à l'extérieur de la province, conformément aux dispositions de l'alinéa 5(1)e) de la *Health Services Payment Act.*

Le terme « absence temporaire » est défini comme une période d'absence de la province pouvant aller jusqu'à 182 jours au cours d'une période de 12 mois, pour des raisons de vacances, de visite ou d'affaires. Les personnes qui quittent la province dans ces circonstances doivent en informer le Ministère avant leur départ.

L'Île-du-Prince-Édouard participe à l'Entente de facturation réciproque des soins hospitaliers et à l'Entente de facturation réciproque des soins médicaux. En 2007-2008, la somme totale payée en vertu de ces ententes s'est élevée à 29 776 625 $.

Le tarif journalier de séjour à l'hôpital est actuellement de 772 $ dans les hôpitaux communautaires, de 780 $ au Prince County Hospital et de 990 $ au Queen Elizabeth Hospital. Le tarif interprovincial courant pour les consultations externes est de 169 $. Ces tarifs sont calculés comme si le patient recevait les services à l'Île-du-Prince-Édouard.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'extérieur du Canada

La *Health Services Payment Act* est la loi habilitante qui définit la transférabilité de l'assurance-santé au cours d'absences temporaires à l'étranger, selon les dispositions de l'alinéa 5(1)e) de la *Health Services Payment Act.*

Les résidents assurés peuvent s'absenter temporairement du pays pour une période de 12 mois, une fois seulement. Les étudiants qui fréquentent un établissement d'enseignement reconnu dans un autre pays doivent fournir annuellement une preuve de leur inscription délivrée par cet établissement. Les étudiants doivent aviser le Ministère à leur retour de l'étranger.

Dans le cas des résidents de l'Île qui quittent le pays pour des raisons professionnelles pour une période de plus d'un an, la couverture cesse le jour de leur départ.

En ce qui concerne les résidents de l'Île-du-Prince-Édouard qui voyagent à l'extérieur du Canada, la couverture en cas de situation d'urgence ou de maladie subite sera fournie selon les tarifs de l'Île uniquement, en devise canadienne. La différence entre le montant total facturé et le montant payé par le Ministère est à la charge des résidents. En 2007-2008, les sommes versées s'élevaient à 49 616 $ pour les services aux malades hospitalisés et à 27 533 $ pour les services aux malades externes.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Une approbation préalable du Ministère s'avère nécessaire pour recevoir des services médicaux ou hospitaliers non urgents à l'extérieur de la province. Les résidents de l'Île-du-Prince-Édouard qui veulent recevoir de tels services requis peuvent demander une approbation préalable par l'intermédiaire d'un médecin de l'Île. Une couverture complète peut être accordée pour les services non urgents ou facultatifs (assurés à l'Île-du-Prince-Édouard) si le médecin en fait la demande au Ministère. Il est essentiel d'obtenir une approbation préalable du directeur médical du Ministère pour recevoir, à l'étranger, des services hospitaliers ou médicaux non disponibles au Canada.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Les régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-santé de l'Île-du-Prince-Édouard fournissent des services selon des modalités uniformes, pourvu qu'ils n'entravent ni n'empêchent l'accès satisfaisant des assurés à ces services.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

L'Île-du-Prince-Édouard possède un système de santé administré et financé par l'État qui garantit un accès universel aux services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires, comme l'exige la *Loi canadienne sur la santé.*

La province compte deux hôpitaux de recours et cinq hôpitaux communautaires, pour un total combiné de 463 lits. En plus de neuf résidences (et installations) provinciales dotées de 558 lits de soins infirmiers de longue durée (plus 10 lits réservés aux soins de relève), les habitants de l'Île ont accès à 389 lits supplémentaires (plus 11 lits temporaires) dans neuf foyers de soins infirmiers privés. Le système exploite également plusieurs établissements de traitement des toxicomanies et établissements de santé mentale, dont l'hôpital psychiatrique provincial Hillsborough pour malades hospitalisés, qui compte 18 lits de soins de courte durée et 57 lits de soins de longue durée.

Au cours de la dernière année, des travaux de rénovation ont été entrepris aux services d'urgence du Prince County Hospital et du Kings County Memorial Hospital. En outre, les travaux d'ingénierie et de conception de la Phase I d'un plan de réaménagement en plusieurs étapes totalisant 52 millions de dollars pour moderniser le Queen Elizabeth Hospital, construit il y a 25 ans, sont en cours. La construction devrait débuter au milieu de 2008. Ce réaménagement, qui prendra jusqu'à sept ans, entraînera une restructuration complète du service d'urgence et des services de soutien,

l'agrandissement du Centre de traitement du cancer, et des améliorations aux soins ambulatoires et à la chirurgie d'un jour, entre autres.

L'effectif de la santé du secteur public à l'Île-du-Prince-Édouard compte environ 4 500 employés. Le Secrétariat du recrutement et du maintien en poste du personnel de la santé déploie des efforts continus de recrutement pour pourvoir les postes vacants de médecins dans la province. Le défi est relevé en partie grâce à l'établissement continu d'un plan de ressources médicales à long terme, à la proposition d'options salariales aux nouveaux diplômés et aux médecins en poste, et à l'amélioration de la communication avec les étudiants et les résidents en médecine de la province dans le cadre du programme d'enseignement médical.

L'Île-du-Prince-Édouard a lancé le programme de résidence en médecine dans le but d'offrir des possibilités de formation continue aux diplômés des facultés de médecine qui veulent devenir médecin de famille. L'objectif est de mieux intégrer les étudiants en médecine de l'Île afin qu'ils souhaitent demeurer et exercer leur profession dans la province.

En plus des programmes susmentionnés, voici d'autres initiatives en cours :

- une stratégie de recrutement de personnel infirmier;
- un registre des fournisseurs;
- un programme de prévention des blessures musculosquelettiques (sécurité au travail);
- une stratégie de réduction des temps d'attente;
- une stratégie de lutte contre les toxicomanies chez les jeunes;
- un dossier de santé électronique compatible avec le système d'information clinique;
- une stratégie pour la sécurité des patients;
- une initiative de stabilisation de la médecine en milieu rural;
- une planification en cas de pandémie.

Les recherches indiquent que la population de l'Île vieillit et présente divers facteurs de risque modifiables reliés à la sédentarité, à une mauvaise alimentation, à la consommation d'alcool, au tabagisme et à l'obésité. Comme dans les années précédentes, le taux de maladies chroniques continue de croître. Le vieillissement de la population s'accompagnera d'une augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques. Plusieurs initiatives sont en cours pour réduire directement ou indirectement les taux actuels et futurs de maladies chroniques. À titre d'exemple, mentionnons : la réorganisation des soins primaires, y compris l'établissement continu de centres de santé familiale; des innovations et des améliorations dans les domaines de l'assurance-médicaments, des soins à domicile et des garanties de délais d'attente, en cours d'élaboration et de mise en œuvre; le système d'information clinique et le dossier de santé électronique pour améliorer l'accès des fournisseurs de soins de santé à des renseignements à jour et exacts. Voilà qui améliorera la qualité globale des soins et les effets sur la santé des patients. De plus, les modèles de prestation de services et les rôles des fournisseurs de soins continuent d'évoluer. L'adoption accrue d'approches collaboratives et interdisciplinaires ainsi que des améliorations dans les secteurs des soins ambulatoires (y compris le projet pluriannuel de réaménagement du Queen Elizabeth Hospital) et des soins de santé primaires aideront à prévenir, à traiter et à gérer les maladies chroniques.

Des stratégies de collaboration se sont concentrées sur la promotion de modes de vie plus sains, notamment :

- la stratégie de lutte contre le cancer, qui comprend un partenariat avec le PEI Cancer Control Committee, qui s'emploie à réduire le fardeau du cancer à l'Î.-P.-É. par l'établissement des priorités, la coordination des efforts, le suivi des progrès et la communication des résultats de la stratégie;

- la stratégie de vie saine de l'Î.-P.-É., qui se concentre sur la réduction du tabagisme et la promotion de l'exercice et d'une saine alimentation;
- l'alliance de l'Î.-P.-É. pour une vie active, qui fait la promotion de l'activité physique au moyen de diverses initiatives communautaires.

Étant donné que l'Île-du-Prince-Édouard est principalement une province rurale dont un vaste segment de la population réside à l'extérieur des grands centres de services, l'accès local aux services de santé, y compris les soins de courte durée fournis par des hôpitaux communautaires, est important pour les petites communautés. Les hôpitaux ruraux ont toujours joué un rôle de taille dans la prestation de soins de santé et remplissent une fonction centrale essentielle dans leurs communautés respectives. Les hôpitaux ruraux et les autres services de santé fournis dans ces milieux sont confrontés à un certain nombre de défis, comme le recrutement et le maintien en poste des fournisseurs de soins de santé et l'adaptation aux nouvelles normes de soins et de qualité.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Les services médicaux sont accessibles dans toute la province, sauf pour les spécialités où il y a des vacances. Des mesures ont été prises pour recruter des médecins de famille, des anesthésistes, des radiologistes, des radio-oncologues et des oncologues médicaux, des psychiatres, un pathologiste et un chirurgien plasticien.

Une stratégie améliorée de recrutement et de maintien en poste de médecins et de formation médicale a été annoncée; elle se fondera sur les initiatives en place et se penchera sur les préoccupations qu'ont les médecins d'aujourd'hui concernant les finances, la profession et le mode de vie. Les améliorations ciblent les médecins en formation, les médecins recrutés par l'Île-du-Prince-Édouard et les médecins qui exercent présentement dans la province.

En date du 31 mars 2008, il manquait de médecins dans les disciplines suivantes : médecine familiale, médecine d'urgence, services aux toxicomanes, psychiatrie, radiologie, pathologie, physiatrie, ophtalmologie et radio-oncologie. Au total, 13,8 postes étaient vacants. Des efforts de recrutement sont en cours afin de trouver de bons candidats qui conviennent pour ces postes.

5.4 Rémunération des médecins

La rémunération des médecins est établie selon un processus de négociation collective. Les médecins et le gouvernement nomment les membres de leurs équipes de négociation pour que leurs intérêts respectifs soient représentés. L'entente-cadre avec les médecins a pris fin le 31 mars 2007. Une équipe de négociation a été nommée, et plusieurs rencontres ont eu lieu en vue d'arriver à un règlement. Le gouvernement continue d'investir des sommes additionnelles dans des domaines qui rendront le système de santé plus concurrentiel et lui permettront de maintenir les services et de renforcer la réussite des mesures de recrutement et de maintien en poste de médecins.

La loi qui régit la rémunération des médecins et des dentistes pour des services assurés est la *Health Services Payment Act.*

Bon nombre de médecins sont encore rémunérés à l'acte. Toutefois, d'autres modes de paiement sont apparus : certains médecins sont salariés, travaillent à contrat ou sont rémunérés à la vacation. Ces autres modes de rémunération sont de plus en plus courants et semblent être privilégiés par les nouveaux diplômés. Actuellement, près de 60 p. 100 des médecins sont salariés ou rémunérés à la vacation.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Les organismes hospitaliers communautaires sont responsables de la prestation des services hospitaliers dans la province, conformément à la *Community Hospital Authorities Act.* Les besoins financiers

(budgétaires) sont établis annuellement dans des plans d'activités annuels approuvés par le ministre et soumis à l'approbation de l'Assemblée législative dans le cadre du processus budgétaire annuel.

Les paiements (avances) aux hôpitaux provinciaux et aux organismes hospitaliers communautaires au titre des services hospitaliers sont approuvés par le Ministère en fonction des besoins de trésorerie et assujettis aux niveaux budgétaires approuvés.

La méthode de financement habituelle consiste à utiliser un budget global rajusté annuellement en fonction de l'augmentation du coût de postes de dépense tels que conventions collectives, médicaments, fournitures médicales et fonctionnement des établissements.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard a fait état des contributions versées par le gouvernement fédéral au titre du Transfert canadien en matière de santé dans son budget de 2007-2008 et les documents budgétaires connexes, de même que dans ses comptes publics de 2007-2008, déposés à l'Assemblée législative et mis à la disposition des résidents de l'Île.

7.0 Services complémentaires de santé

Les services complémentaires de santé ne sont pas assurés, à l'exception des lits de soins de longue durée assurés mentionnés au point 2.1.

7.1 Soins intermédiaires en foyer de soins infirmiers et soins en établissement pour adultes

Une personne peut recevoir des services en foyer de soins infirmiers si les comités d'admission et de placement régionaux autorisent son placement dans une résidence publique ou un foyer de soins infirmiers privé autorisé. La province compte actuellement 18 établissements de soins de longue durée, neuf résidences publiques et huit foyers de soins infirmiers privés autorisés, soit un total de 997 lits, dont certains sont des lits de soins temporaires ou de relève. Les foyers de soins infirmiers accueillent les personnes qui ont besoin de la supervision d'une infirmière autorisée (soins infirmiers) et d'une gestion des soins 24 heures sur 24. Un outil normalisé d'évaluation des besoins des personnes âgées est utilisé pour chaque demande d'admission en foyer de soins infirmiers.

L'année dernière, des changements majeurs ont été apportés au financement et à la subvention à long terme des soins infirmiers. Premièrement, les résidents de foyers de soins infirmiers qui paient eux-mêmes les coûts ne sont plus tenus de couvrir la portion « soins de santé » de ces coûts; seuls les frais d'hébergement sont à leur charge. Deuxièmement, l'admissibilité aux subventions a été modifiée; elle se fonde désormais sur une évaluation du revenu plutôt que sur les ressources financières totales du demandeur, qui, auparavant, comprenaient le revenu et les éléments d'actif. Le pensionnaire d'un établissement ou le nouvel arrivant qui n'a pas les moyens de payer lui-même les soins peut demander de l'aide financière en vertu de la partie II du *Règlement* de la *Social Assistance Act*. La province alloue cette aide à 78 p. 100 des pensionnaires de foyers de soins infirmiers. Par ailleurs, le gouvernement fédéral subventionne environ 8,2 p. 100 des pensionnaires par l'intermédiaire d'Anciens Combattants Canada. Les autres personnes (13,8 p. 100) paient elles-mêmes leurs soins.

À l'Île-du-Prince-Édouard, en plus des foyers de soins infirmiers, il y a 37 établissements de soins communautaires autorisés qui, en date du 31 mars 2008, comptaient au total 1 112 lits. Les établissements de soins communautaires sont des établissements autorisés privés qui accueillent au moins cinq pensionnaires et fournissent, à des personnes âgées semi-dépendantes et à des adultes semi-dépendants ayant une incapacité physique ou mentale, des services d'hébergement, d'entretien ménager, de supervision des activités de la vie quotidienne, de repas et d'aide pour les soins d'hygiène personnelle. Les besoins de soins, de niveau 1, 2 ou 3, sont évalués à l'aide de l'outil normalisé d'évaluation des besoins des personnes âgées. Les pensionnaires peuvent demander une aide financière en vertu de la partie I du *Règlement* de la *Social Assistance Act*. Notons que le paiement des soins communautaires est à la charge des pensionnaires. Ceux qui manquent de ressources financières peuvent demander une aide en vertu de la *Social Assistance Act* de l'Île-du-Prince-Édouard.

7.2 Services de soins à domicile

Dans le cadre des services de soins et de soutien à domicile, on offre des services d'évaluation et de planification des soins aux personnes dont l'état de santé est stable ainsi qu'à des groupes définis de personnes qui ont besoin de soins spécialisés et qui, sans le soutien du système officiel, risquent de ne pouvoir rester chez elles ou d'y retourner après un séjour à l'hôpital ou dans un autre établissement de soins. Les soins et le soutien à domicile englobent les soins infirmiers, les soins personnels, les soins de relève, l'ergothérapie, la physiothérapie, la protection des adultes, les soins palliatifs, la dialyse à domicile ou dans la collectivité, l'évaluation des besoins en vue du placement en foyer de soins infirmiers et le soutien communautaire. On utilise l'outil d'évaluation des besoins des personnes âgées pour déterminer la nature et le type de services requis. À l'heure actuelle, les services professionnels de soins à domicile ne coûtent rien au bénéficiaire. Les services d'aides familiales sont rémunérés selon une échelle tarifaire mobile, en fonction de l'évaluation du revenu du bénéficiaire; toutefois, cette mesure ne s'applique généralement pas dans le cas des bénéficiaires de soins palliatifs.

7.3 Services de soins ambulatoires

L'Île-du-Prince-Édouard a mis sur pied des programmes de jour publics pour adultes, qui offrent aux aînés dépendants des services tels que loisirs, éducation et socialisation. Les personnes qui ont besoin de ces services sont évaluées par le personnel régional des soins à domicile. L'objectif général des programmes de jour pour adultes est de permettre aux clients de rester chez eux le plus longtemps possible, de donner un répit aux aidants naturels, de surveiller la santé des clients et de favoriser l'interaction sociale. Ces programmes existent dans toute la province.

Le programme de dialyse de l'Île-du-Prince-Édouard est un service communautaire placé sous la direction et la supervision médicales de l'équipe de néphrologie au Queen Elizabeth II Health Sciences Centre à Halifax.

La province compte cinq cliniques d'hémodialyse. Il s'agit d'un service financé par l'État. La province offre également un service d'hémodialyse aux visiteurs provenant de l'extérieur de la province ou du pays, dans les cliniques existantes. La prestation de ce service dépend de la capacité des cliniques de fournir le traitement au moment de la demande, et de la disponibilité de personnel à cette fin. Le coût du service est assumé dans le cadre de la facturation réciproque, si le client vient d'une autre province canadienne, ou payé par le visiteur si ce dernier vient de l'étranger.

D'importants services de soins ambulatoires sont également fournis par les deux hôpitaux de recours provinciaux, en consultation externe, c'est-à-dire : éducation sur l'asthme, tests et traitements pour les troubles cardiopulmonaires, endoscopie, cliniques de chirurgie, cliniques de soins infirmiers, counseling nutritionnel et oncologie.

Personnes inscrites					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#)	142 022	143 261	144 159	145 047	146 518

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**	**2007-2008**
2. Nombre (#) :					
a. soins actifs	7	7	7	7	7
b. soins chroniques	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
c. soins de réadaptation	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
d. autres	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
e. total	7	7	7	7	7
3. Paiement des services de santé assurés ($) :					
a. soins actifs	121 944 000	125 118 252	129 976 900	137 365 100	143 254 200
b. soins chroniques	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
c. soins de réadaptation	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
d. autres	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
e. total	121 944 000	125 118 252	129 976 900 [1]	137 365 100 [1]	143 254 200 [1]
Établissements privés à but lucratif	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**	**2007-2008**
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#) :					
a. installations chirurgicales	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
b. établissements d'imagerie diagnostique	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
c. total	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
5. Paiement des services de santé assurés donnés par des établissements privés à but lucratif ($) :					
a. installations chirurgicales	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
b. établissements d'imagerie diagnostique	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
c. total	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.

Services hospitaliers assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
6. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	2 006	2 163	2 187	2 003	2 253
7. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	14 208 471	15 325 267	16 463 548	17 510 188	19 448 899
8. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	15 638	14 368	15 547	15 675	17 867
9. Paiements totaux, consultations externes ($)	2 578 895	2 667 968	3 225 803	3 345 624	4 292 114
Services hospitaliers assurés offerts à l'extérieur du Canada					
10. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	37	30	25	35	28
11. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	155 922	95 719	69 391	105 268	49 616
12. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	130	93	91	96	137
13. Paiements totaux, consultations externes ($)	24 366	16 304	17 084	16 179	27 533

1. Il s'agit de prévisions budgétaires et non de données réelles.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
14. Nombre de médecins participants (#) :					
a. omnipraticiens	96	98	113	120	111
b. spécialistes	94	96	98	108	110
c. autres	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
d. total [2]	190	194	211	228	221
15. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
16. Nombre de médecins qui ne participent pas (#) :					
a. omnipraticiens	s.o.	s.o.	s.o.	0	0
b. spécialistes	s.o.	s.o.	s.o.	0	0
c. autres	s.o.	s.o.	s.o.	0	0
d. total	s.o.	s.o.	s.o.	0	0
17. Services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement :					
a. nombre de services (#)	1 330 946	2 504 320	1 387 070	9 795 812 [3]	14 490 876 [3]
b. nombre de dossiers				1 312 506 [4]	1 137 286 [4]
c. paiements totaux ($)	36 732 119	40 012 026	40 027 386	41 778 719 [5]	36 549 921 [5]
18. Services médicaux rémunérés à l'acte :					
a. nombre de services (#)	1 181 548	1 197 935	1 052 167	937 707	887 967
b. nombre de dossiers				794 706	749 779
c. paiements totaux ($)	33 289 335	34 423 393	35 226 215	34 543 095	34 973 359

Services médicaux assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
19. Nombre de services (#)	45 255	48 928	54 269	73 399	77 992
Nombre de dossiers				58 284	60 044
20. Paiements totaux ($)	3 795 244	4 122 725	4 674 004	5 221 586	6 035 626
Services médicaux assurés offerts à l'extérieur du Canada					
21. Nombre de services (#)	706	627	534	746	562
Nombre de dossiers				681	541
22. Paiements totaux ($)	37 100	21 849	15 844	27 899	23 979

Services chirurgicaux et dentaires assurés offerts dans la province ou le territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
23. Nombre de dentistes participants (#)	2	2	3	3	3
24. Nombre de services fournis (#)	393	410	303	442	364
Nombre de dossiers fournis				332	263
25. Paiements totaux ($)	90 851	96 490	115 918	106 708	95 749

2. Le total ne comprend pas les suppléants.
3. Depuis 2006-2007, le nombre de services correspond au nombre total de transactions consignées dans tous les dossiers. Le nombre de services est toujours égal ou supérieur au nombre de dossiers.
4. À compter de 2006-2007, le nombre de dossiers correspond au nombre total d'interactions individuelles avec les services de santé assurés.
5. Ce chiffre correspond aux paiements effectués à la suite de demandes de remboursement.

Nouvelle-Écosse

Introduction

Le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse fait preuve de leadership et de collaboration dans le cadre de sa mission, qui est de mettre à la disposition de sa population un système de santé approprié, efficace et durable pour maintenir et améliorer la santé des Néo-Écossais. Les services de santé dispensés en Nouvelle-Écosse doivent donc être intégrés, axés sur la collectivité et durables.

En février 2006, le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a créé un nouveau ministère de la Promotion de la santé et de la Protection, qui regroupe deux secteurs du ministère de la Santé : le Bureau du médecin hygiéniste en chef et la Direction de la santé publique, ainsi que Nova Scotia Health Promotion.

La *Health Authorities Act*, chapitre 6 des Lois de 2000, a établi les neuf autorités sanitaires de district (ASD) de la province ainsi que leurs services de soutien communautaire, les conseils de santé communautaire (CSC). Les ASD sont chargées de régir, de planifier, de gérer, de fournir et de surveiller les services de santé dans chaque district et d'apporter un soutien aux CSC en matière de planification. Les services dispensés par les ASD sont les suivants : soins actifs et tertiaires ainsi que services de santé mentale et de toxicomanie.

Les trente-sept CSC de la province élaborent des plans de santé communautaire en se fondant sur les soins de santé primaires et la promotion de la santé. Les ASD choisissent deux tiers des nominations au sein de leur conseil parmi les CSC. Leurs plans de santé communautaire font partie du processus annuel de planification des activités des ASD. Outre les neuf ASD, le Centre de santé IWK a encore des structures de conseils, d'administration et de prestation de services distinctes.

Le ministère de la Santé est chargé d'établir des orientations stratégiques et des normes pour les soins de santé, de veiller à la disponibilité de services de santé de qualité, de surveiller et d'évaluer le rendement et les résultats et de produire des rapports à ces égards, et de financer les services de santé. Le ministère de la Santé est directement chargé des services fournis par les médecins et des services pharmaceutiques, des services de santé d'urgence, des soins continus et de bien d'autres programmes et services de santé assurés et financés par l'État.

Aux termes de la *Health Authorities Act*, les ASD sont tenues de fournir, au ministre de la Santé, des états financiers mensuels et trimestriels ainsi que des états financiers vérifiés de fin d'année. Elles doivent aussi présenter des rapports annuels sur la mise en œuvre de leurs plans d'activités. Ces dispositions assurent une plus grande responsabilisation financière. Les articles de la *Health Authorities Act* réglementant les rapports financiers et la planification des activités sont entrés en vigueur le 1er avril 2001.

Le rapport d'examen opérationnel des services de santé provinciaux a été officiellement publié en janvier 2007. Il contenait 103 recommandations visant à transformer le système de soins de santé de la Nouvelle-Écosse pour en faire dès aujourd'hui un système plus efficient et plus efficace, sur lequel tous les Néo-Écossais puissent compter dans l'avenir. Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a soutenu ces 103 recommandations et publié un document de réponse soulignant l'engagement du gouvernement en faveur de la transformation des services de santé.

Conformément à la *Provincial Finance Act* (2000) et aux politiques et lignes directrices du gouvernement, le ministère de la Santé est tenu de publier un compte rendu annuel faisant état des résultats atteints par rapport au plan d'activités de l'exercice visé. Le compte rendu de 2007-2008 sera publié en décembre 2008.

La Nouvelle-Écosse est confrontée à de nombreux défis en ce qui concerne la prestation de services de soins de santé. Sa population vieillit. Environ 14,1 % des Néo-Écossais sont âgés de 65 ans ou plus, et ce pourcentage est censé presque doubler d'ici 2026. Donc pour répondre aux besoins de sa population vieillissante, la Nouvelle-Écosse a augmenté son panier de services assurés par l'État en y ajoutant les soins à domicile, les soins de longue durée et une meilleure couverture des médicaments. Par ailleurs, en Nouvelle-Écosse, les taux de maladies chroniques, comme le cancer et le diabète, sont beaucoup plus élevés que la moyenne, d'où une hausse du coût de la prestation de soins de santé dans cette province.

Il existe aussi d'autres inducteurs de coûts importants : marché du travail très concurrentiel pour ce qui est des ressources humaines en santé, augmentation des coûts des produits pharmaceutiques et infrastructure des établissements vétustes.

Malgré ces contraintes et défis sans cesse croissants, la Nouvelle-Écosse est toujours déterminée à assurer la prestation des services médicalement nécessaires, conformément aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

D'autres renseignements sur les soins de santé en Nouvelle-Écosse sont disponibles sur le site Web du ministère de la Santé à :

www.gov.ns.ca/health.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

En Nouvelle-Écosse, les services de santé assurés sont couverts par deux régimes : le Hospital Insurance Plan (HSI) et le Medical Services Insurance Plan (MSI). Le HSI est géré par le ministère de la Santé en vertu de la *Health Services and Insurance Act*, chapitre 197, Revised Statutes of Nova Scotia, 1989, paragraphe 3(1), articles 5, 6, 10, 15 et 16, paragraphe 17(1), articles 18 et 35.

Le MSI est administré et géré par une autorité comprenant le ministère de la Santé et Medavie Croix Bleue (anciennement Atlantic Blue Cross) en vertu de la loi mentionnée précédemment (articles 8 et 13, paragraphe 17(2), articles 23, 27, 28, 29, 30, 31, 32 et 35).

L'article 3 de la *Health Services and Insurance Act* stipule que, sous réserve des dispositions de la *Loi* et de son *Règlement*, tous les habitants de la province ont le droit de recevoir des services hospitaliers assurés selon des modalités uniformes, et que tous les Néo-Écossais sont assurés, selon des modalités uniformes, à l'égard du paiement des coûts des services professionnels assurés, et ce, jusqu'au tarif établi. En vertu de l'article 8 de la *Loi*, le ministre de la Santé peut, sous réserve de l'approbation du gouverneur en conseil, conclure, modifier ou résilier, avec une ou plusieurs personnes, les ententes qu'il juge nécessaires pour établir, mettre en œuvre et exécuter le MSI.

Le ministère de la Santé et Medavie Croix Bleue ont conclu une nouvelle entente de niveau de service, qui est en vigueur depuis le 1er août 2005. Cette nouvelle entente décennale remplace le protocole d'entente de 1992 entre Medavie et le ministère de la Santé. Aux termes de l'entente, Medavie s'occupe de gérer et d'administrer les programmes dans le cadre du MSI, les régimes d'assurance-médicaments et les services d'enregistrement des cartes de santé.

1.2 Liens hiérarchiques

Medavie est tenue de présenter des rapports au Ministère conformément à divers énoncés des besoins pour chaque description de service, tel qu'il est énoncé dans le contrat.

L'alinéa 17(1)*i)* de la *Health Services and Insurance Act*, et les paragraphes 11(1) et 12(1) de l'*Hospital Insurance Regulations*, aux termes de cette *Loi*,

établissent les conditions régissant la présentation de rapports au ministre de la Santé, par les hôpitaux et leurs conseils d'administration.

1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur général vérifie toutes les dépenses du ministère de la Santé. Un contrat est en place pour procéder à une évaluation annuelle de l'Insured Prescription Drug Plan Trust Fund. Le ministère de la Santé a conclu une entente de niveau de service avec Medavie Croix Bleue, qui est en vigueur depuis le 1er août 2005. Un plan de vérification est en cours d'élaboration pour cette entente, y compris pour les paiements d'assurance-santé, conformément à la recommandation du Bureau du vérificateur général.

Tous les établissements de soins de longue durée ainsi que les organismes de soins à domicile et de soutien à domicile sont tenus de présenter au ministère de la Santé des états financiers annuels vérifiés.

En vertu du paragraphe 34(5) de la *Health Authorities Act*, le conseil d'administration d'un hôpital est tenu de présenter au ministre de la Santé, au plus tard le 1er juillet de chaque année, un état financier vérifié de l'exercice précédent.

Le rapport de juin 2007 du vérificateur général de la Nouvelle-Écosse renfermait des vérifications à l'égard de ce qui suit :

- La gestion du matériel d'imagerie diagnostique de la Capital District Health Authority et de la Cape Breton District Health Authority;
- Les services de santé d'urgence;
- Les soins de longue durée – foyers de soins infirmiers et foyers pour personnes âgées.

1.4 Organisme désigné

En vertu d'une nouvelle entente de niveau de service avec le ministère de la Santé, qui est en vigueur depuis le 1er août 2005, Medavie Croix Bleue administre les comptes des médecins et est habilitée à recevoir des sommes pour payer ces comptes. Elle reçoit une autorisation écrite du ministère de la Santé lui indiquant les médecins à qui elle peut verser un paiement. Les taux de rémunération et les montants précis sont établis en fonction du contrat négocié entre Doctors Nova Scotia et le ministère de la Santé.

Toutes les activités d'élaboration de systèmes relatives au MSI et au régime d'assurance-médicaments menées par la Medavie Croix Bleue sont sous la supervision d'un comité mixte. Toutes les transactions du MSI et du régime d'assurance-médicaments peuvent être vérifiées par le Bureau du vérificateur général.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

En Nouvelle-Écosse, neuf autorités sanitaires de district et le Centre de santé IWK (hôpital de soins tertiaires pour femmes et enfants) sont responsables de la prestation de services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés et externes dans 35 établissements[1].

L'agrément n'est pas obligatoire, mais tous les établissements sont agréés, individuellement ou à l'échelle du district. La loi habilitante qui prévoit la prestation de services hospitaliers assurés en Nouvelle-Écosse est la *Health Services and Insurance Act*, chapitre 197, Revised Statutes of Nova Scotia, 1989, paragraphe 3(1), articles 5, 6, 10, 15 et 16, paragraphe 17(1) et articles 18 et 35, qui a été adoptée par l'Assemblée législative en 1958. Les *Hospital Insurance Regulations* a été pris en application de cette *Loi*.

1. Il est possible que le nombre d'établissements indiqué dans d'autres documents soit différent du nombre signalé dans le présent rapport, en raison de différences entre les définitions du terme « établissement ».

Voici la liste des services aux malades hospitalisés :

- l'hébergement et la fourniture de repas en salle commune;
- les services infirmiers nécessaires;
- les actes de laboratoire, de radiologie ou autres actes diagnostiques;
- les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes, quand ils sont administrés en milieu hospitalier;
- les fournitures chirurgicales ordinaires;
- l'utilisation des salles d'opération, des salles d'accouchement et des services d'anesthésie;
- l'utilisation, pour les malades hospitalisés, des services de radiothérapie et de physiothérapie, là où il y en a;
- le sang ou les produits de fractionnement du sang.

Voici la liste des services aux malades externes :

- les examens de laboratoire et de radiologie;
- les actes de diagnostic, y compris ceux utilisant des produits radiopharmaceutiques;
- les examens électroencéphalographiques;
- l'utilisation des installations d'ergothérapie et de physiothérapie, lorsqu'il en existe;
- les services infirmiers nécessaires;
- les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes;
- le sang ou les produits de fractionnement du sang;
- les services hospitaliers requis pour la plupart des interventions médicales ou chirurgicales mineures;
- les soins de jour pour diabétiques;
- les services fournis par les Nova Scotia Hearing and Speech Clinics, là où il y en a;
- les échographies diagnostiques;
- la nutrition parentérale à domicile, lorsque ce service existe;
- l'hémodialyse et la dialyse péritonéale, lorsque ce service existe.

Pour ajouter un nouveau service hospitalier à la liste des services hospitaliers assurés, les autorités sanitaires de district doivent soumettre une proposition[2] de programme nouveau ou élargi au ministère de la Santé. Ce processus est entrepris chaque année dans le cadre de la planification des activités. Un modèle de processus élaboré par le Ministère est transmis aux districts pour les guider dans leur démarche. Un groupe de travail du Ministère passe en revue toutes les demandes reçues et en établit l'ordre de priorité. Selon le financement disponible, le ministre de la Santé peut approuver un certain nombre de priorités absolues.

2.2 Services médicaux assurés

La prestation de services médicaux assurés en Nouvelle-Écosse est encadrée par la *Health Services and Insurance Act*, paragraphe 3(2), articles 5, 8, 13 et 13A, paragraphe 17(2), articles 22, 27 à 31 et 35, et les *Medical Services Insurance Regulations*.

La *Health Services and Insurance Act* a été modifiée en 2002-2003 par l'ajout de l'article 13B, aux termes duquel : « À compter du 1er novembre 2002, toute entente intervenue entre un fournisseur de soins et un hôpital, ou des prédécesseurs d'un hôpital, prévoyant la rémunération des services professionnels assurés, l'engagement, de la part du fournisseur de soins, à être de garde pour la prestation de tels services ou à se réinstaller ou à maintenir une présence à proximité d'un hôpital, exception faite des ententes auxquelles le Ministre et la Société sont parties, est nulle et non avenue et aucune rémunération n'est payable en vertu de l'entente, y compris la rémunération autrement payable pour la résiliation de l'entente. » [Traduction libre]

Aux termes de la *Health Services and Insurance Act*, les personnes qui peuvent offrir des services médicaux assurés sont : les omnipraticiens exerçant la

2. Les besoins urgents/imprévus peuvent être soumis à l'attention du Ministère à n'importe quel moment de l'exercice.

médecine générale; les médecins qui ne sont pas spécialistes au sens de la disposition; les médecins spécialistes qui détiennent une certification de spécialité délivrée par l'organisme de réglementation professionnelle compétent de l'administration où ils exercent.

Les médecins (omnipraticiens ou spécialistes) doivent détenir un permis d'exercice du College of Physicians and Surgeons de la Nouvelle-Écosse pour avoir le droit de présenter des factures au MSI. Les dentistes qui sont rémunérés en vertu de ce régime doivent être inscrits au Provincial Dental Board et être agréés. En 2007-2008, 2 290 médecins et 27 dentistes ont été rémunérés par l'entremise du MSI.

Le médecin conserve le droit de participer au MSI, ou de s'en retirer, auquel cas il doit aviser le régime, et de se dessaisir de son numéro de facturation. Le MSI rembourse les patients qui paient directement un médecin parce que celui-ci s'est retiré du régime. En date du 31 mars 2008, aucun médecin ne s'était retiré du régime.

Les services assurés sont les services nécessaires sur le plan médical pour le diagnostic, le traitement, la réadaptation ou la modification d'un tableau clinique. Il n'existe aucune limite pour les services assurés médicalement nécessaires.

En 2007-2008, aucun nouveau service d'importance n'a été ajouté à la liste des services médicaux assurés. L'approbation de nouveaux codes d'honoraires se fait régulièrement, selon les besoins, pour tenir compte d'améliorations, de nouvelles technologies ou des nouvelles façons de fournir un service.

Un comité ajoute les nouveaux codes d'honoraires à la liste des services médicaux assurés. Les médecins qui souhaitent faire reconnaître ou établir un nouveau code d'honoraires doivent au préalable soumettre leur cas à Doctors Nova Scotia, qui propose une valeur pour les honoraires suggérés.

La valeur proposée est ensuite soumise à l'examen et à l'approbation du Joint Fee and Tariff Committee. Le comité mixte est formé d'un nombre égal de membres de Doctors Nova Scotia et du ministère de la Santé. Une fois approuvés par le comité, les nouveaux honoraires suggérés sont soumis à l'approbation finale du ministère de la Santé. Medavie Croix Bleue se charge d'ajouter les nouveaux honoraires au barème des services assurés remboursables au titre d'éléments du MSI.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Aux termes de la *Health Services and Insurance Act*, un dentiste est une personne légalement autorisée à exercer la dentisterie dans un lieu propre à l'exercice de sa profession.

Pour fournir des services de chirurgie dentaire assurés en vertu de cette *Loi*, les dentistes doivent être membres agréés de la Nova Scotia Dental Association et détenir un certificat dans une spécialité de chirurgie dentaire. Aux termes de la *Health Services and Insurance Act*, un dentiste peut choisir de ne pas participer au MSI. Pour y participer, il doit s'inscrire. Un dentiste participant qui souhaite se retirer du régime est tenu d'en informer le MSI par écrit; il n'est plus autorisé par la suite à présenter des réclamations au régime. En date du 31 mars 2008, aucun dentiste ne s'était retiré du régime. En 2007-2008, 27 dentistes ayant fourni des services de chirurgie dentaire assurés ont été rémunérés par le MSI.

Les services de chirurgie dentaire assurés doivent être fournis dans un établissement de santé. Les services assurés sont détaillés dans le manuel des services dentaires du ministère de la Santé (DoH MSI Dentist Manual – Dental Surgical Services Program). Ils sont examinés annuellement par la direction des soins actifs et tertiaires, conformément aux *Insured Dental Services Tariff Regulations*. Les services fournis en vertu de ce programme sont assurés

lorsque l'état médical du patient est tel que l'acte doit être pratiqué à l'hôpital et qu'il est de nature chirurgicale. En règle générale, les services de chirurgie dentaire assurés englobent la chirurgie orthognatique, l'extraction chirurgicale de dents incluses et la chirurgie buccale et maxillo-faciale. Pour faire ajouter des services de chirurgie dentaire assurés à la liste, il faut d'abord s'adresser à la Dental Association of Nova Scotia et lui demander de présenter une proposition à cet égard au ministère de la Santé. Celui-ci rend sa décision après avoir consulté des experts dans le domaine.

« D'autres services d'extraction » (extractions courantes) aux frais de l'État ont été approuvés pour les patients ci-après, en vigueur du 15 février 2005 : 1) les cardiaques, 2) les transplantés, 3) les immunodéprimés, 4) les patients sous radiothérapie.

Toutefois, les extractions courantes chez ces patients sont couvertes uniquement si les critères suivants sont réunis : le patient suit un traitement actif dans un centre hospitalier et l'intervention médicale requise exige une extraction, qui serait autrement assimilée à une extraction courante non couverte par l'assurance publique. Pour que la réclamation puisse être approuvée, le nom du médecin spécialiste doit figurer dans le plan de traitement dentaire et celui-ci doit avoir indiqué par écrit, dans son plan de traitement médical, que l'extraction ou les extractions courantes étaient nécessaires sur le plan médical au traitement ou à l'intervention requis pour le patient.

Les autres services qui viennent d'être approuvés sont la couverture de toutes les biopsies chirurgicales de tissus précancéreux et cancéreux.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Voici la liste des services hospitaliers non assurés :

- l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient;
- les téléphones;
- les téléviseurs;
- les médicaments et les produits biologiques prescrits après le congé de l'hôpital;
- la chirurgie esthétique;
- les interventions visant le rétablissement de la fécondité;
- la chirurgie transsexuelle;
- la fécondation in vitro;
- les interventions pratiquées dans le cadre d'essais cliniques;
- les services comme le pontage gastrique dans les cas d'obésité morbide, la chirurgie d'augmentation ou de réduction mammaire et la circoncision des nouveau-nés;*
- les services requis par un tiers (les compagnies d'assurance, par exemple) qui ne sont pas jugés médicalement nécessaires.

* Ces services peuvent être assurés si approuvés en tant que considération spéciale pour des raisons médicales seulement.

Voici la liste des services médicaux non assurés :

- les services auxquels le patient a droit en vertu de la *Workers' Compensation Act* ou de toute autre loi fédérale ou provinciale;
- les frais relatifs aux déplacements ou aux délais;
- les conseils ou les renouvellements d'ordonnances donnés par téléphone;
- les examens requis par un tiers;
- les immunisations ou inoculations de groupe, à moins qu'elles ne soient autorisées par le Ministère;
- la préparation de certificats ou de rapports;
- la comparution en cour;
- les services associés à l'électrocardiographie, à l'électromyographie et à l'électroencéphalographie, à moins que le médecin ne soit un spécialiste dans le domaine en question;

- la chirurgie esthétique;
- l'acupuncture;
- le rétablissement de la fécondité;
- la fécondation in vitro.

En Nouvelle-Écosse, les tiers achetant des services médicaux nécessaires sur le plan médical sont principalement la Workers' Compensation, le ministère de la Défense nationale, la Gendarmerie royale du Canada.

Tous les habitants de la province ont droit aux services couverts aux termes de la *Health Services and Insurance Act*. Si des biens ou des services améliorés sont offerts en tant qu'alternative (lentilles intraoculaires pliables ou plâtres en fibre de verre, par exemple), le médecin spécialiste ou omnipraticien est responsable de s'assurer que le patient est informé de sa responsabilité d'assumer les frais additionnels. Les patients ne doivent pas se voir refuser les services en raison de leur incapacité de payer. La province offre des solutions de rechange à tout bien ou service amélioré.

Par ailleurs, le ministère de la Santé étudie attentivement toutes les plaintes de patients et les préoccupations du public qui pourraient laisser entendre que les principes généraux des services assurés ne sont pas respectés.

Pour désassurer des services médicaux, les représentants de Doctors Nova Scotia et de la Direction générale des services aux médecins du ministère de la Santé doivent entamer un processus de négociation qui leur permettra d'évaluer conjointement une intervention ou un processus pour déterminer si le service doit demeurer un bénéfice assuré. Si le service n'est pas jugé nécessaire sur le plan médical, il sera retiré du barème de rémunération des médecins et ne sera plus remboursé à titre de service assuré. Lorsqu'un service est désassuré, l'ensemble des interventions et examens associés à sa prestation le deviennent également. Le même processus s'applique aux services dentaires et hospitaliers. Le dernier retrait important de services assurés remonte à 1997.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité

L'admissibilité aux services de santé assurés en Nouvelle-Écosse est définie à l'article 2 des *Hospital Insurance Regulations*, conformément à l'article 17 de la *Health Services and Insurance Act*. Tous les habitants de la Nouvelle-Écosse sont admissibles. On définit un habitant comme toute personne légalement autorisée à demeurer au Canada, domiciliée et résidant habituellement en Nouvelle-Écosse.

Une personne est réputée « résider habituellement » en Nouvelle-Écosse si :

- elle y établit sa résidence permanente;
- elle y est effectivement présente au moins 183 jours par année civile (les absences au Canada de moins de 30 jours ne sont pas comptabilisées);
- elle est citoyenne canadienne ou possède le statut de « résident permanent », selon Citoyenneté et Immigration Canada.

Les personnes des autres provinces du Canada qui s'établissent en Nouvelle-Écosse sont habituellement admissibles au MSI, à compter du premier jour du troisième mois qui suit le mois de leur arrivée. Les personnes d'autres pays qui s'établissent en permanence en Nouvelle-Écosse sont admissibles à compter de la date d'arrivée dans la province, à condition d'être citoyens canadiens ou d'avoir le statut de « résident permanent », tel que défini par Citoyenneté et Immigration Canada.

Les membres de la GRC et des Forces canadiennes et les détenus des pénitenciers fédéraux ne sont pas admissibles au MSI. Lorsque leur statut change, ils deviennent immédiatement admissibles au régime d'assurance-santé provincial.

En 2007-2008, aucun changement n'a été apporté aux exigences en matière d'admissibilité.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Pour obtenir une carte d'assurance-santé en Nouvelle-Écosse, les habitants doivent s'inscrire auprès du MSI. S'ils sont admissibles, ils doivent ensuite remplir un formulaire de demande. Le demandeur (et son conjoint, s'il y a lieu) doit signer le formulaire pour que la demande soit traitée. Il doit également fournir sur la demande le nom et l'adresse d'un témoin. Cette personne doit résider en Nouvelle-Écosse et pouvoir confirmer l'information figurant sur la demande. Le demandeur doit, en outre, inclure une preuve de citoyenneté canadienne ou fournir une copie d'un document d'immigration acceptable.

Une fois la demande approuvée, chaque membre de la famille dont le nom figure sur la demande reçoit une carte d'assurance-santé. L'information liée à l'inscription au régime MSI est tenue sous forme d'unité familiale. Chaque carte porte un numéro unique et est valide pour la durée de vie du demandeur. Les cartes sont renouvelables tous les quatre ans. Le numéro de la carte sert aussi de principal identificateur de dossier de santé pour tous les services de santé obtenus en Nouvelle-Écosse pendant la vie du bénéficiaire. Avant d'obtenir des services assurés, les habitants doivent fournir une preuve d'admissibilité à ces services. Des avis de renouvellement sont envoyés à la plupart des détenteurs de carte trois mois avant la date d'expiration de cette dernière. Sur réception de l'avis de renouvellement dûment signé, le MSI délivrera une nouvelle carte d'assurance-santé.

En Nouvelle-Écosse, aucune loi n'oblige les habitants de la province à s'inscrire au MSI. Il peut donc y avoir des personnes non inscrites parmi les habitants de la Nouvelle-Écosse.

En 2007-2008, 970 450 résidents étaient inscrits au régime d'assurance-santé.

3.3 Autres catégories de personnes

Les autres catégories de personnes également admissibles à la couverture des services de santé assurés en Nouvelle-Écosse, lorsqu'elles respectent des critères d'admissibilité spécifiques à leur situation, sont les suivantes :

Immigrants : Les personnes de l'étranger qui s'installent de façon permanente en Nouvelle-Écosse sont admissibles à l'assurance-santé à la date de leur arrivée. Elles doivent détenir un document attestant de leur statut de « résident permanent », terme qui a remplacé celui d'« immigrant reçu ».

Les réfugiés au sens de la Convention et les non-Canadiens mariés à un citoyen canadien ou à un résident permanent (présentation d'une copie du certificat de mariage obligatoire), qui détiennent tout autre document et qui ont fait, au Canada, une demande de résidence permanente, sont admissibles à l'assurance-santé à compter de la date de cette demande – à condition d'avoir en leur possession une lettre de Citoyenneté et Immigration Canada attestant qu'ils ont fait une demande.

Les non-Canadiens mariés à un citoyen canadien ou à un résident permanent (présentation d'une copie du certificat de mariage obligatoire), qui détiennent tout autre document et qui ont fait, à l'extérieur du Canada, une demande de statut de résident permanent, deviennent admissibles à compter de la date d'arrivée au Canada – à condition d'avoir en leur possession une lettre de Citoyenneté et Immigration Canada attestant qu'ils ont fait une demande de résidence permanente.

En 2007-2008, 25 951 résidents permanents étaient inscrits au régime d'assurance-santé.

Permis de travail : Les personnes de l'étranger qui viennent s'établir en Nouvelle-Écosse et qui possèdent un permis de travail peuvent présenter une demande d'inscription au régime à la date de leur arrivée en Nouvelle-Écosse, à la condition de

demeurer en Nouvelle-Écosse au moins une année complète. Le travailleur doit signer une déclaration confirmant qu'il ne se trouvera pas à l'extérieur de la Nouvelle-Écosse pendant plus de 31 jours consécutifs, sauf dans l'exercice d'un emploi. La couverture du régime est prolongée pour des périodes maximales de 12 mois à la fois et ne porte que sur les services reçus en Nouvelle-Écosse, dont la liste figure sur la carte d'assurance-santé. Chaque année, le titulaire doit présenter une copie de son document d'immigration renouvelé et signer une déclaration. Les personnes à sa charge, qui sont légalement autorisées à demeurer au Canada, sont couvertes selon les mêmes modalités.

Lorsque la personne cesse d'être admissible, sa situation est celle d'une personne qui n'a jamais été admissible à la couverture qui lui avait ainsi été accordée. Les exigences susmentionnées devront être satisfaites avant qu'elle soit couverte, ainsi que ses personnes à charge, le cas échéant.

En 2007-2008, 1 733 titulaires d'une autorisation d'emploi étaient couverts par le régime d'assurance-santé.

Permis d'études : Les personnes d'autres pays en possession d'une autorisation d'étude qui viennent s'établir en Nouvelle-Écosse sont admissibles au MSI à compter du premier jour du treizième mois qui suit le mois de leur arrivée, pour autant qu'elles n'aient pas séjourné à l'extérieur de la province pendant plus de 31 jours consécutifs, sauf dans le cadre de leurs d'études. La couverture du régime est prolongée pour une période maximale de 12 mois à la fois et ne vise que les services reçus en Nouvelle-Écosse. Chaque année, le titulaire doit présenter une copie de son document d'immigration renouvelé et signer une déclaration. Lorsque l'étudiant a obtenu le droit de participer au régime, les personnes à sa charge qui sont légalement autorisées à demeurer au Canada ont droit à la même couverture, selon les mêmes modalités.

En 2007-2008, 868 titulaires de permis d'études étaient couverts par le régime d'assurance-santé.

Réfugiés : Les réfugiés sont admissibles au MSI s'ils détiennent un permis d'emploi ou d'études.

4.0 Transférabilité

4.1 Période d'attente minimale

Les personnes des autres provinces ou territoires du Canada qui s'établissent en Nouvelle-Écosse seront normalement admissibles au MSI à compter de la première journée du troisième mois qui suit le mois de leur arrivée.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

L'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité est respecté dans tous les cas où la condition de transférabilité s'applique.

En général, le MSI offre une couverture aux habitants de la province qui s'établissent ailleurs au Canada pendant une durée de trois mois tel que prescrit par l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité. Les étudiants et leurs personnes à charge qui sont temporairement absents de la province et qui fréquentent un établissement d'enseignement à temps plein peuvent demeurer admissibles au MSI sur une base annuelle. Pour être admissible, l'étudiant doit présenter, au MSI, une lettre venant directement de son établissement d'enseignement et confirmant qu'il y est inscrit à plein temps. La couverture sera fournie sur une base annuelle à partir du moment de la réception de ladite lettre.

Les travailleurs qui s'absentent de la Nouvelle-Écosse pour chercher un emploi ailleurs demeurent admissibles au MSI pendant une période maximale de douze mois, à condition qu'ils n'établissent pas leur

résidence dans une autre province, un territoire ou un autre pays. Les services fournis aux habitants de la Nouvelle-Écosse dans une autre province ou un territoire sont couverts par des ententes de réciprocité. La Nouvelle-Écosse participe à l'« entente de facturation réciproque des services hospitaliers » et à l'« entente de facturation réciproque des services médicaux ». Le Québec est la seule province qui ne participe pas à l'entente de facturation réciproque des services médicaux. La Nouvelle-Écosse paie, aux tarifs du Québec, les services assurés fournis par les médecins de cette province aux habitants de la Nouvelle-Écosse, si ces services sont aussi assurés en Nouvelle-Écosse. La majorité des réclamations de ce genre sont reçues directement des médecins du Québec. Les services hospitaliers fournis à des malades hospitalisés sont payés en vertu de l'entente de facturation réciproque interprovinciale au coût normalisé d'hospitalisation en salle commune de l'hôpital ayant fourni le service. En 2007-2008, les montants payés par le régime à l'égard de services hospitaliers fournis dans d'autres provinces et territoires totalisaient 25 673 241 $ pour les services aux malades hospitalisés et les services aux malades externes. Dans tous les cas visés par l'entente de facturation réciproque, la Nouvelle-Écosse paie les tarifs de la province ayant fourni les services assurés.

En 2007-2008, aucun changement n'a été apporté en Nouvelle-Écosse en ce qui concerne la transférabilité à l'intérieur du Canada.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'extérieur du Canada

La Nouvelle-Écosse respecte l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité lorsque des services assurés sont fournis à des résidents durant une absence temporaire à l'étranger. Pourvu qu'un habitant de la Nouvelle-Écosse réponde aux critères d'admissibilité, les services fournis à l'étranger sont payés au moins à hauteur du montant qu'aurait payé la Nouvelle-Écosse pour des services similaires fournis dans la province. Pour être admissibles à la couverture, les habitants ne doivent habituellement pas être à l'extérieur du pays pour une période de plus de six mois dans une même année civile. Pour être couvertes par le MSI, les interventions non urgentes doivent être autorisées au préalable.

Pendant une absence temporaire de la province, les étudiants qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement à l'extérieur du Canada et leurs personnes à charge peuvent demeurer admissibles au MSI, sur une base annuelle. Ils sont alors tenus de présenter au régime une lettre de leur établissement d'enseignement confirmant qu'ils le fréquentent, et ce, pour chaque année visée par la couverture demandée.

Les personnes qui vont travailler à l'étranger (y compris comme bénévoles ou missionnaires ou pour faire de la recherche à ce titre) pour une période de 24 mois ou moins restent couvertes par le MSI, à condition de satisfaire au préalable aux exigences en matière de résidence.

Les services d'urgence fournis à l'étranger sont payés au moins à hauteur du montant qu'aurait payé la Nouvelle-Écosse pour des services similaires fournis dans la province. En 2007-2008, les montants payés à l'égard de services aux malades hospitalisés fournis à l'étranger ont totalisé 1 257 620 $.

En 2007-2008, aucun changement n'a été apporté en Nouvelle-Écosse en ce qui concerne la transférabilité à l'étranger.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Une autorisation préalable est requise dans le cas de services non urgents fournis à l'étranger. Le spécialiste de la Nouvelle-Écosse doit présenter une demande d'autorisation préalable au directeur médical du MSI pour le compte de l'habitant assuré. Le médecin-conseil examine les modalités et détermine si le service est fourni dans la province, peut être fourni dans une autre province ou n'est fourni qu'à l'étranger. Sa décision est communiquée au spécialiste qui veut adresser le patient à l'étranger. Si l'approbation est accordée, le service non urgent sera entièrement couvert par le MSI.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Les services assurés sont fournis aux résidents de la Nouvelle-Écosse selon des modalités uniformes. Il est interdit, en vertu du régime, d'imposer des frais modérateurs ou des suppléments.

La Nouvelle-Écosse suit de près la situation de l'accès aux soins dans l'ensemble du Canada pour garantir un accès équitable aux soins. Lorsque des améliorations sont jugées nécessaires dans certains secteurs, des fonds supplémentaires sont généralement accordés pour répondre aux besoins, si la situation financière de la province le permet. Conformément aux recommandations, approuvées antérieurement, du rapport du Comité provincial de l'ostéoporose relatives à l'installation de nouveaux ostéodensitomètres à Sydney et à Yarmouth, et à l'utilisation à pleine capacité de l'appareil de Truro, cinq unités supplémentaires ont été mises en service dans la province. En 2007-2008, la pose d'implants cochléaires bilatéraux a été approuvée pour les enfants et pour les adultes qui répondent aux critères établis. Pour résoudre le problème des listes d'attente qui ne cessent de s'allonger dans les services orthopédiques, le ministère de la Santé a autorisé la conclusion d'un marché avec un établissement de chirurgie privé pour les interventions orthopédiques mineures. Les interventions sont pratiquées par des chirurgiens et des anesthésistes de Capital District. Les patients sont convoqués dans l'ordre des listes d'attente publiques, sans resquillage et sans frais à payer. Cet établissement fonctionne comme une extension du Capital Health Department of Surgery. Ce projet pilote d'un an fait l'objet d'une évaluation rigoureuse. On prévoit que plus de 500 patients seront traités dans cet établissement, ce qui aura pour avantage supplémentaire de libérer des places à Capital Health pour effectuer un plus grand nombre de remplacements d'articulations. En plus de ce projet, le ministère de la Santé et Capital Health entreprennent d'établir une clinique d'évaluation orthopédique avec la participation de la Décennie des os et des articulations Canada. Ce projet vise à régler le problème de la longue liste d'attente en orthopédie dans la région de Halifax.

Outre l'attribution récente de quatre appareils d'IRM à quatre régions rurales (Antigonish, New Glasgow, Kentville et Yarmouth) afin de faciliter l'accès à ce type de services aux personnes qui vivent dans des régions rurales et de réduire les temps d'attente enregistrés dans la province, et en plus du remplacement de deux appareils d'IRM à la Capital District Health Authority de Halifax, quatre (4) nouveaux appareils de tomographie assistée par ordinateur, capables de produire soixante-quatre (64) coupes, ont également été installés/remplacés, deux (2) à Halifax et deux (2) en zone rurale.

Le programme approuvé de tomographie par émission de positrons (TEP/tomographie assistée par ordinateur) est opérationnel depuis le 13 juin 2008. Au départ, le financement devait permettre de réaliser un maximum de 1 500 examens par an. En plus du projet de TEP/tomographie assistée par ordinateur, la province a approuvé le financement d'un cyclotron pour faciliter l'accès aux isotopes requis. Le cyclotron devrait être opérationnel au troisième trimestre de l'exercice 2009-2010.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse continue de privilégier la prestation de services de soins de santé viables et de qualité à ses citoyens.

En 2007-2008, un financement total de 11 millions de dollars a été accordé à la formation, au recrutement et au maintien en poste de ressources infirmières. Depuis le lancement de cette stratégie, au moins 80 % des infirmières et infirmiers nouvellement diplômés ont renouvelé leur permis pour exercer en Nouvelle-Écosse.

Le Tableau 1 renferme une ventilation des principales professions de la santé autorisées à exercer en Nouvelle-Écosse. Ces professionnels de la santé n'ont pas tous participé activement à la prestation de services de santé assurés.

Tableau 1 : Personnel de la santé en Nouvelle-Écosse

Profession de la santé	Professionnels autorisés à exercer leur profession [3]
Médecins	2 455
Dentistes [4]	511
Infirmières autorisées	9 650
Infirmières auxiliaires autorisées	3 271
Techniciens en radiation médicale	551
Inhalothérapeutes	132
Pharmaciens	788
Ergothérapeutes	317
Orthophonistes	174
Chiropraticiens	103
Opticiens	199
Optométristes	92
Denturologistes	44
Diététistes	436
Psychologues	439
Physiothérapeutes	532

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

En 2007-2008, 2 290 médecins et 27 dentistes ont fourni activement des services assurés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* ou des lois provinciales. Des solutions de financement novatrices, comme le financement global et les contrats de services personnels, ont permis d'améliorer le recrutement.

La Nouvelle-Écosse a augmenté la capacité de formation médicale, à la fois pour les étudiants en médecine canadiens et les médecins formés à l'étranger, coordonne les activités de recrutement permanentes et a financé le lancement d'un programme à l'intention des omnipraticiens qui souhaitent faire une spécialisation après avoir exercé la médecine générale pendant deux ans dans la province.

5.4 Rémunération des médecins

La *Health Services and Insurance Act*, Revised Statutes of Nova Scotia, chapitre 197, régit la rémunération des médecins et des dentistes pour les services assurés. Les rémunérations sont versées aux médecins conformément à une entente négociée entre Doctors Nova Scotia et le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse. Doctors Nova Scotia est reconnu comme seul agent négociateur des médecins dans la province. Au moment des négociations, des représentants de Doctors Nova Scotia et du ministère de la Santé discutent du financement global et d'autres conditions. L'entente fixe la valeur unitaire des services médicaux et traite d'autres points, comme l'Association canadienne de protection médicale, les services aux membres, le paiement des services fournis à l'urgence, le financement pour le service de garde, les rajustements d'honoraires particuliers, les modes

3. Ces chiffres sont les chiffres de 2006, sauf pour les infirmières autorisées et les infirmières auxiliaires autorisées (chiffres de 2007).

4. Les professionnels autorisés à exercer leur profession ne travaillent pas tous.

de règlement des différends, et d'autres questions de méthode ou de consultation.

La rémunération à l'acte reste prépondérante, mais il y a eu une augmentation marquée du nombre d'autres modes de paiement en Nouvelle-Écosse.

Ces dernières années, le recours à d'autres modes de paiement a sensiblement augmenté. En 1997-1998, environ 9 % des médecins en Nouvelle-Écosse étaient payés uniquement selon d'autres modes de paiement. En 2007-2008, on estime à 33 % le pourcentage de médecins qui continuent d'être rémunérés selon d'autres modes de paiement, tandis qu'environ 76 % des médecins reçoivent une partie de leur rémunération selon ces autres modes, qui se répartissent en trois catégories :

1) **Le Régime de financement de l'enseignement clinique** (ces médecins se trouvent principalement à Halifax, aux centres QEII et IWK). La plupart des groupes de spécialistes universitaires sont rémunérés selon d'autres modes de paiement, sauf les urologues, les radiologues pour adultes et les ophtalmologistes;
2) Des contrats sont actuellement en vigueur avec des **spécialistes régionaux** en anesthésie, en gériatrie, en néonatologie, en pédiatrie, en obstétrique-gynécologie et en soins palliatifs;
3) Des arrangements contractuels sont également possibles avec des **omnipraticiens** dans certaines régions rurales, ainsi que des contrats avec des omnipraticiens/infirmières et infirmiers praticiens pour soutenir les équipes interdisciplinaires dans des zones désignées.

Certains médecins tirent une partie de leur revenu de services non rémunérés à l'acte, comme ceux qui reçoivent une rémunération à la vacation, les psychiatres, ceux qui exercent dans une région éloignée, ceux qui font des gardes sur place et ceux qui couvrent les salles d'urgence, pour lesquelles il existe un programme de financement. Environ 60 % des médecins de la Nouvelle-Écosse sont rémunérés en tout ou en partie par d'autres mécanismes que la rémunération à l'acte.

En 2007-2008, les paiements aux médecins de la Nouvelle-Écosse pour la prestation de services assurés se sont élevés à 555 659 788 $. En plus, le Ministère a versé 7 606 977 $ pour des services médicaux assurés fournis à des résidents de la Nouvelle-Écosse dans d'autres provinces et territoires du Canada.

Les taux de rémunération des services dentaires de la province sont négociés entre le ministère de la Santé et la Dental Association of Nova Scotia. Le processus de négociation de ces taux est semblable à celui des services médicaux. Les dentistes sont rémunérés à l'acte. L'entente en vigueur, conclue en avril 2004, a pris fin le 31 mars 2008.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse fixe les objectifs budgétaires des services de soins de santé. Pour ce faire, il reçoit les plans d'activités des neuf (9) autorités sanitaires de district (ASD), du Centre de santé IWK et d'organisations autres que les ASD. Le budget détermine les paiements qui seront versés à ces organisations pour la prestation des services.

La *Health Authorities Act* a obtenu la sanction royale le 8 juin 2000. Elle a institué les neuf ASD et le IWK, qui ont remplacé les régies régionales de santé de la province. Ce changement a pris effet en janvier 2001 en vertu des *District Health Authorities General Regulations*. La mise en place de conseils de santé communautaire en vertu des *Community Health Boards' Member Selection Regulations* est entrée en vigueur en avril 2001. Les ASD/le IWK sont chargés (selon l'article 20 de la *Loi*) de surveiller la prestation des services de santé dans leur district et ont la pleine responsabilité d'expliquer leurs décisions relatives aux plans de santé communautaire par le truchement des plans d'activités qu'elles soumettent au ministère de la Santé.

L'article 10 de la *Health Services and Insurance Act* et les articles 9 à 13 des *Hospital Insurance Regulations* définissent les modalités de paiement, par le ministre de la Santé, des services hospitaliers assurés aux hôpitaux.

En 2007-2008, il y avait 2 891 lits d'hôpitaux (3 lits pour 1 000 habitants) en Nouvelle-Écosse. Les dépenses directes du ministère de la Santé pour les coûts de fonctionnement des services hospitaliers assurés ont grimpé à 1,3 milliard de dollars.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

La *Health Services and Insurance Act* fait mention de la contribution du gouvernement fédéral à la Nouvelle-Écosse à l'égard du coût des services hospitaliers et de santé assurés fournis aux habitants de la province. En outre, les communiqués et les reportages des médias font savoir à la population que le gouvernement fédéral verse des contributions permanentes à la province pour les soins de santé dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé (TCS), ainsi que d'autres appuis financiers.

Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a également reconnu la contribution fédérale au titre du TCS dans divers documents publiés, y compris les suivants publiés en 2007-2008 :

- les comptes publics de 2007-2008;
- le budget principal des dépenses de 2007-2008.

7.0 Services complémentaires de santé

La Direction générale des soins de santé continus du ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse offre des services de soins à domicile et de soins de longue durée. Ces services favorisent l'autonomie chez les personnes ayant des besoins de santé ainsi qu'un traitement équitable et la possibilité de faire des choix pour ces personnes. Le ministère de la Santé fournit un guichet unique pour ses services de soins continus. Les Néo-Écossais peuvent communiquer avec ces services en composant un seul numéro sans frais.

En 2006, le ministère de la Santé a publié une stratégie des soins continus générale et pluriannuelle, qui comprend l'ajout de lits dans des établissements de soins de longue durée de même que l'élargissement et l'amélioration des services communautaires et des services à domicile au cours des cinq à dix prochaines années.

7.1 Soins intermédiaires en foyer de soins infirmiers et soins en établissement pour adultes

Le ministère de la Santé fournit des services de soins de longue durée dans les types d'établissement suivants :

- **foyers de soins infirmiers et foyers pour personnes âgées**, qui offrent un éventail de soins personnels et/ou de soins infirmiers spécialisés aux personnes qui ont besoin d'avoir un accès continu à des services infirmiers professionnels;
- **établissements de soins résidentiels**, qui offrent l'hébergement, des soins personnels et/ou des soins de surveillance en résidence à quatre pensionnaires ou plus;
- **résidences communautaires**, qui offrent l'hébergement, des soins personnels et/ou des soins de supervision à trois pensionnaires ou moins.

Le gouvernement provincial assume les coûts liés aux services de soins de santé aux pensionnaires des foyers de soins infirmiers, des établissements de soins résidentiels et des résidences communautaires sous la responsabilité du ministère de la Santé. Les pensionnaires paient les coûts d'hébergement liés aux services de soins de longue durée qu'ils reçoivent. Chaque type d'établissement de soins de longue

durée applique un tarif d'hébergement journalier normalisé. Sous réserve d'un examen du revenu, certains pensionnaires peuvent bénéficier d'une réduction du tarif d'hébergement normalisé grâce à une subvention. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le site

www.gov.ns.ca/health/ccs/ltc.htm.

7.2 Services de soins à domicile

Des services de soins à domicile généraux financés par la province sont offerts aux habitants de la Nouvelle-Écosse de tout âge pour les aider à atteindre et à maintenir le meilleur état de santé possible et à mener une vie autonome dans la collectivité. Des services de soins de courte et de longue durée sont fournis dans le cadre des soins à domicile. Les personnes ayant une maladie chronique ou un handicap, en convalescence, en soins palliatifs ou souffrant d'une maladie aiguë peuvent y avoir accès. Les soins fournis aux personnes dans le cadre des soins à domicile sont les soins infirmiers professionnels, l'aide aux soins personnels, l'aide aux tâches ménagères, les soins nutritionnels, l'oxygénothérapie à domicile et les soins de relève. Le programme oriente également vers d'autres services et établit des liens avec ceux-ci, tels que les programmes de jour pour adultes, les programmes communautaires de prêt de matériel, les services de bénévoles, la popote roulante et les services de réadaptation communautaire. Le ministère de la Santé a également créé un volet de services de soins autogérés afin d'aider les handicapés physiques de la Nouvelle-Écosse à mieux prendre leur vie en main. Ce programme fournit des fonds aux personnes admissibles afin qu'elles puissent embaucher directement des soignants pour répondre à leurs besoins de soutien à domicile et de soins personnels.

Outre les services susmentionnés, les programmes et services suivants sont offerts aux Néo-Écossais, en dehors du cadre de la *Loi canadienne sur la santé*.

- **Régime d'assurance-médicaments pour les personnes âgées** – Ce régime provincial aide les personnes âgées à faire face aux coûts des médicaments sur ordonnance. Y sont admissibles tous les résidents âgés de 65 ans ou plus dont les médicaments sur ordonnance ne sont pas couverts par les régimes d'assurance d'Anciens Combattants Canada et de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, ni par un régime d'assurance-médicaments privé. Les produits couverts sont les médicaments délivrés sur ordonnance et les fournitures pour diabétiques ou stomisés figurant sur le formulaire de la Nouvelle-Écosse. Les bénéficiaires de ce régime doivent payer une quote-part de 33 % du coût du médicament sur ordonnance, jusqu'à concurrence de 382 $ par année. Des renseignements généraux sur l'assurance-médicaments figurent à l'adresse

  www.nspharmacare.ca.

- **Fonds spéciaux au titre des médicaments pour certaines maladies** – La province accorde des fonds spéciaux pour des médicaments servant à traiter certaines maladies, dont la fibrose kystique, le diabète insipide, le cancer et le déficit en hormone de croissance. Il n'y a pas de frais modérateurs. Des renseignements généraux sur le régime d'assurance-médicaments figurent à l'adresse

  www.nspharmacare.ca.

- **Régime d'assurance-médicaments familial de la Nouvelle-Écosse** – Ce régime d'assurance-médicaments provincial est entré en vigueur en mars 2008. Il vise les médicaments sur ordonnance pour les Néo-Écossais qui risquent de ne pouvoir acheter des médicaments parce qu'ils ne sont pas assurés ou ne le sont pas suffisamment. Ce programme s'adresse également à tous les résidents de la Nouvelle-Écosse. Cependant, il n'est pas possible de bénéficier à la fois du régime d'assurance-médicaments familial et du régime d'assurance-médicaments pour les personnes âgées ou du programme

d'aide sur le diabète ou du régime d'assurance-médicaments à titre d'aide au revenu des services communautaires (Community Services Income Assistance Pharmacare). Il n'y a pas de primes à payer pour souscrire au régime d'assurance-médicaments familial; par ailleurs, la quote-part et la franchise sont assujetties à des plafonds annuels fixés en fonction du revenu annuel de la famille. Des renseignements généraux sur le régime d'assurance-médicaments figurent à l'adresse

www.nspharmacare.ca

- **Programme d'aide sur le diabète** – En 2005-2006, 2,5 millions de dollars ont été affectés à la conception et au lancement de ce programme, qui aide à couvrir les frais de la plupart des médicaments et des fournitures pour diabétiques et est offert aux Néo-Écossais âgés de moins de 65 ans qui n'ont pas d'autre assurance-médicaments. Des renseignements généraux sur ce programme figurent à l'adresse

  www.nspharmacare.ca.

- **Services de santé d'urgence** – Services d'urgence préhospitaliers et externes – Emergency Health Services Nova Scotia (EHS) assure l'élaboration continue, la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation des services de santé d'urgence préhospitaliers et externes en Nouvelle-Écosse. EHS regroupe dans un même système divers services et programmes préhospitaliers et externes pour répondre aux besoins des Néo-Écossais, à savoir : le transport ambulancier terrestre, le transport ambulancier aérien provincial (EHS LifeFlight), le centre de communications médicales (EHS Medical Communications Centre), des services de surveillance médicale (gestion et direction), le programme de traumatologie (EHS NS Trauma Program), le centre de formation et de simulation en santé de l'Atlantique (EHS Atlantic Health Training and Simulation Centre) et le programme de premiers intervenants (EHS Medical First Response). Ce système panprovincial intégré s'est classé dans le décile supérieur des systèmes d'Amérique du Nord. Des frais modérateurs de 130,60 $ sont généralement exigés des résidents de la province pour le transport ambulancier vers l'hôpital (quelle que soit la distance parcourue). Le patient ne paie pas de frais pour le transport d'un hôpital à un autre.

- **Programme de santé bucco-dentaire des enfants (COHP)** – Il s'agit d'un programme à deux volets. Le volet traitement couvre les services diagnostiques, les services de prévention et les services d'odontologie conservatrice. Le volet santé publique comporte des activités de prévention dans le cadre d'initiatives de santé publique. Les enfants sont admissibles aux services jusqu'à la fin du mois où ils atteignent l'âge de dix ans.

- **Régimes spéciaux de soins dentaires** – Cela englobe tous les services dentaires requis, y compris les soins prothétiques et orthodontiques chez les enfants présentant une fente palatine (anomalie craniofaciale) ainsi que les services dentaires fournis en milieu hospitalier et en cabinet aux personnes ayant reçu un diagnostic de déficience intellectuelle sévère. La pose de prothèses maxillo-faciales intra-buccales est également incluse dans ce groupe de services.

  Des examens diagnostiques et des interventions prophylactiques et réparatrices sont fournis aux pensionnaires de la Nova Scotia School for the Blind par le régime d'odontologie pédiatrique du centre de santé IWK.

  Les bénéficiaires admissibles sont : les patients inscrits à la clinique des fentes palatines (anomalies craniofaciales) du centre IWK; les élèves inscrits à la School for the Blind; les patients qui ont une attestation écrite certifiant qu'ils ont une déficience intellectuelle sévère et doivent être hospitalisés pour subir un traitement dentaire; les résidents qui ont besoin des services d'un prothésodontiste maxillo-facial.

- **Services de santé mentale** – Le centre de santé IWK et les autorités sanitaires de district (ASD) fournissent des services de santé mentale aux Néo-Écossais de tous âges. Ces services homogènes sont offerts dans le cadre de cinq volets essentiels : promotion, prévention et défense des droits; services aux malades externes et extension des services; soutiens communautaires en santé mentale; services aux malades hospitalisés et services spécialisés. Les services spécialisés visent notamment les troubles de l'alimentation, la santé mentale dans le contexte judiciaire, la santé mentale des aînés, les psychoses précoces, les troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie, et les troubles du développement neurologique chez les enfants et les jeunes. Les services spécialisés sont offerts dans les régions les plus peuplées de la province et accessibles par l'intermédiaire des ASD. Ce continuum de services est financé par l'État.
- **Services liés à la toxicomanie** – En Nouvelle-Écosse, la prestation des services liés à la toxicomanie est régionalisée. Les services sont offerts par l'intermédiaire de neuf (9) ASD et du centre de santé IWK. Ces organismes sont chargés de coordonner les services de prévention et de traitement liés aux drogues, à l'alcool et au jeu. Dans certains cas, les services sont fournis au titre d'un accord de services partagés conclu entre deux ou trois ASD. Le ministère de la Santé et le ministère de la Promotion et de la protection de la santé de la province sont tous deux chargés d'établir les orientations provinciales en matière de prévention et de traitement des toxicomanies; d'établir et de contrôler les normes provinciales en matière de services de toxicomanie; de surveiller la qualité des services de prévention et de traitement dans tout le système; de tenir à jour une base de données provinciale sur les clients; et de maintenir un système provincial de suivi et de surveillance de la consommation d'alcool et d'autres drogues. Les ministères veillent à la coordination provinciale des questions de prévention et de traitement des toxicomanies et favorisent les possibilités de développement et d'échange des connaissances dans toute la province.

  Les programmes et les services sont offerts dans un contexte de consultation externe ou de soins de jour ou en établissement.

  Services fournis :

  - Prévention et sensibilisation communautaires;
  - Services communautaires, tels que :
  - Services aux adolescents;
  - Conduite avec facultés affaiblies et dispositif de blocage d'allumage;
  - Traitement contre la dépendance à la nicotine;
  - Services axés sur les problèmes de jeu;
  - Services aux femmes;
  - Gestion du sevrage;
  - Programme de traitement structuré;
  - Traitement de maintien à la méthadone.

  Les besoins des clients sont abordés dans une perspective holistique, et les services sont adaptés aux besoins de chacun. Les plans de traitement reposent sur une évaluation approfondie et peuvent comprendre une association de thérapies individuelle, familiale et de groupe. Le personnel des services de toxicomanie travaille en partenariat avec de nombreux autres services communautaires pour veiller à ce que les clients puissent avoir accès aux différents services nécessaires à leur guérison.
- **Assurance des services d'optométrie** – Cette assurance couvre les examens de la vue effectués par des optométristes. L'examen de la vue est défini ainsi : « examen qui comprend l'appréciation de la réfraction oculaire, le dépistage d'une anomalie du système, ainsi que tous les tests et les ordonnances qui s'y rattachent » [traduction libre]. L'assurance se limite à un examen périodique de la vue tous les deux ans pour les personnes de moins de 10 ans ou de 65 ans et plus. Bien que les personnes comprises entre ces âges ne soient pas assurées pour les examens de routine, elles le sont en cas de besoin médical.

- **Services prothétiques** – Tous les résidents assurés de la province sont admissibles à une aide financière pour l'achat ou le remplacement de prothèses standard de bras ou de jambe prescrites par un médecin qualifié, ou la réparation de ces appareils au besoin. Tous les frais en sus du montant assuré sont à la charge du patient.
- **Programme de services d'interprètes** – Ce programme garantit aux résidents sourds ou malentendants admissibles de la Nouvelle-Écosse un accès égal aux services gouvernementaux destinés au grand public.
- **Programme d'orthophonie** – Les services disponibles dans le cadre de ce programme sont : 1) les séances de traitement individuel; 2) les séances de traitement en petits groupes; les consultations (notamment dans les écoles, les garderies, les maternelles et les établissements accueillant des personnes ayant des besoins spéciaux). Les centres de traitement des troubles de l'audition et du langage de la province fournissent des services spécialisés, dont les programmes axés sur les troubles dysphagiques (problèmes de déglutition) et les retards envahissants du développement, dans certains endroits de la province. Il n'y a pas de frais modérateurs à l'égard de ces services. Les personnes admissibles sont les enfants, de la naissance à l'âge scolaire, puis du moment où ils quittent l'école jusqu'à la fin de l'âge adulte. Les conseils scolaires de la province servent les enfants scolarisés dans le système d'enseignement public.

Personnes inscrites					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#)	956 820	961 089	963 993	965 044	970 450

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**	**2007-2008**
2. Nombre (#) :					
a. soins actifs	35	35	35	35	35
b. soins chroniques	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
c. soins de réadaptation	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
d. autres	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
e. total	35	35	35	35	35
3. Paiement des services de santé assurés ($) : [5]					
a. soins actifs	1 095 584 706	1 133 215 533	1 230 549 093	1 301 306 116	1 367 828 540
b. soins chroniques	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
c. soins de réadaptation	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
d. autres	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
e. total	1 095 584 706	1 133 215 533	1 230 549 093	1 301 306 116	1 367 828 540
Établissements privés à but lucratif	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**	**2007-2008**
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#) :					
a. installations chirurgicales	1	0	0	0	1
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	1	0	0	0	1
5. Paiement des services de santé assurés donnés par des établissements privés à but lucratif ($) :					
a. installations chirurgicales	5 531	0	0	0	0 [6]
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	n.d.	n.d.	n.d.	s.o.
c. total	5 531	n.d.	n.d.	n.d.	s.o.

Services hospitaliers assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
6. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	2 368	2 335	2 252	2 154	2 257
7. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	15 859 930	15 795 451	16 285 032	14 502 141	16 726 553
8. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	32 968	34 166	37 811	41 729	42 569
9. Paiements totaux, consultations externes ($)	4 303 236	6 107 316	7 345 702	8 269 002	8 946 688
Services hospitaliers assurés offerts à l'extérieur du Canada					
10. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
11. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	623 896	678 205	1 495 313	727 586	1 257 620
12. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	s.o.	s.o.	n.d.	n.d.	n.d.
13. Paiements totaux, consultations externes ($)	s.o.	s.o.	n.d.	n.d.	n.d.

5. Les sommes sont versées aux établissements de soins de courte durée et aux ASD seulement.

6. Les sommes versées aux médecins exerçant hors des établissements privés à but lucratif sont incluses dans l'indicateur 18 – total des paiements au titre des services rémunérés à l'acte.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
14. Nombre de médecins participants (#) :					
a. omnipraticiens	904	905	948	944	943
b. spécialistes	1 196	1 235	1 270	1 333	1 341
c. autres	14	27	2	5	6
d. total	2 116	2 167	2 220	2 282	2 290
15. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
16. Nombre de médecins qui ne participent pas (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	
b. spécialistes	0	0	0	0	s.o.
c. autres	0	0	0	0	
d. total	0	0	0	0	
17. Services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement :					
a. nombre de services (#)	9 199 462	9 290 207	9 599 128	9 569 146	9 591 989
b. nombre de dossiers	434 000 386	464 685 571	540 495 196	581 817 423	555 659 788
18. Services médicaux rémunérés à l'acte :					
a. nombre de services (#)	6 560 930	6 353 382	6 553 774	6 357 622	6 223 067
b. nombre de dossiers	254 670 965	246 724 107	254 621 655	255 007 711	258 751 069

Services médicaux assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
19. Nombre de services (#)	180 897	188 118	198 262	205 237	212 404
20. Paiements totaux ($)	5 747 516	5 866 887	6 619 938	7 091 572	7 606 977
Services médicaux assurés offerts à l'extérieur du Canada					
21. Nombre de services (#)	2 667	3 111	2 981	2 931	2 701
22. Paiements totaux ($)	120 977	151 175	151 414	153 937	134 729

Services chirurgicaux et dentaires assurés offerts dans la province ou le territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
23. Nombre de dentistes participants (#)	28	25	33	29	27
24. Nombre de services fournis (#)	3 780	4 343	5 169	5 321	5 831
25. Paiements totaux ($)	904 283	995 966	1 060 006	1 122 126	1 215 333

Nouveau-Brunswick

Introduction

Le Nouveau-Brunswick maintient son engagement à l'égard des cinq principes fondamentaux de la *Loi canadienne sur la santé*, lequel se manifeste dans les activités courantes des divers éléments du système de santé provincial et dans les nouvelles initiatives annoncées ou mises en œuvre en 2007-2008.

À titre d'exemple, l'engagement du Nouveau-Brunswick à l'égard de l'accessibilité comporte depuis longtemps la prestation de services de santé à la population en français ou en anglais, témoignage du statut particulier du Nouveau-Brunswick comme seule province officiellement bilingue au Canada. En 2007-2008, en plus de maintenir cet engagement, le Nouveau-Brunswick a assuré l'accès à des services en français dans la Péninsule acadienne en poursuivant la mise en œuvre des recommandations qui ont suivi les consultations de l'année précédente dans le cadre de Dialogue Santé.

L'éventail des services de santé a bénéficié d'améliorations et d'investissements de taille en 2007-2008. Le Nouveau-Brunswick a remanié la structure de gouvernance de ses services ambulanciers dans l'intérêt de l'équité et de l'accessibilité. Par ses investissements dans diverses initiatives de cybersanté, il a augmenté la qualité et l'accessibilité des services. Des améliorations dans les soins palliatifs – tant à domicile qu'en établissement – et d'importants investissements dans la prestation de services de chimiothérapie régionaux ont abouti à une plus grande intégralité et à une meilleure accessibilité.

Toutefois, une partie des travaux majeurs en 2007-2008 ont été d'ordre préparatoire et annoncés seulement après le début de la nouvelle année financière. En effet, un nouveau Plan de la santé provincial a vu le jour en avril 2008. Certains piliers du Plan (p. ex. Amélioration de l'accès) reflètent explicitement les principes de la *Loi canadienne sur la santé*. D'autres (p. ex. Amélioration de l'efficacité, Mise à profit de l'innovation et Renforcement de la qualité) renvoient implicitement à d'autres principes de la *Loi canadienne sur la santé*, comme l'intégralité. La structure de gouvernance remaniée traduit l'engagement continu du Nouveau-Brunswick vis-à-vis de la gestion publique des soins de santé, tout en explorant différents moyens d'accroître l'efficacité, la qualité et l'accessibilité.

Lorsque ces initiatives et d'autres encore seront entièrement en œuvre, leur fonctionnement et leur perfectionnement s'accorderont avec les principes de la *Loi canadienne sur la santé* et les obligations du Nouveau-Brunswick envers ses citoyens.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Au Nouveau-Brunswick, l'assurance-santé est connue sous le nom de régime de services médicaux. En vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux* et de son *Règlement*, le ministre de la Santé (le ministre) est l'autorité publique responsable de la gestion et du fonctionnement du régime.

La *Loi sur le paiement des services médicaux* et ses règlements d'application précisent les critères d'admissibilité, les droits des bénéficiaires et les responsabilités de l'autorité provinciale, dont la création d'un régime de services médicaux, et définissent les services assurés et les services non assurés. En outre, la *Loi* stipule le type d'ententes que l'autorité provinciale peut conclure avec les autres provinces, les territoires et la Société médicale

du Nouveau-Brunswick, de même que les droits des médecins, le mode de détermination des montants à payer pour les services assurés, la méthode d'évaluation des factures pour les services assurés, ainsi que les questions de confidentialité et de protection des renseignements personnels qui se rattachent à l'application de la *Loi sur le paiement des services médicaux*.

1.2 Liens hiérarchiques

Les directions de l'assurance-santé (Services et Opérations) du ministère de la Santé (le Ministère) sont chargées de gérer le régime de services médicaux. Le ministre rend des comptes à l'Assemblée législative dans le rapport annuel du Ministère et par le biais des processus législatifs réguliers.

La *Loi sur les régies régionales de la santé* établit les régies régionales de la santé (RRS) et en énonce les pouvoirs, les fonctions et les responsabilités. En plus d'être responsable de l'application de la *Loi*, le ministre donne des directives aux RRS et peut leur déléguer des pouvoirs ou des fonctions supplémentaires.

1.3 Vérification des comptes

Trois groupes sont chargés de la vérification du régime de services médicaux.

1) Le Bureau du vérificateur général : En vertu de la *Loi sur le vérificateur général*, le Bureau du vérificateur général fait la vérification externe des factures du Nouveau-Brunswick, laquelle englobe les documents financiers du Ministère. En 2007-2008, toutes les transactions financières du Ministère ont été assujetties à une vérification. Cette procédure est effectuée de façon systématique chaque année. À la suite de la vérification, le vérificateur général publie un rapport ou une lettre de recommandations pour signaler les erreurs et les faiblesses de contrôle relevées. Le vérificateur général effectue aussi des examens de la gestion des programmes, comme il le juge opportun, et assure le suivi des vérifications des années antérieures. Pour 2007-2008, le vérificateur général a également fait un rapport sur la situation de l'évaluation des programmes au Ministère et assuré le suivi des recommandations antérieures concernant les hôpitaux et les unités psychiatriques et le Plan de médicaments sur ordonnance.
2) Le Bureau du contrôleur : Le contrôleur est le vérificateur interne en chef du Nouveau-Brunswick. Il fournit des services de comptabilité, de vérification et de consultation conformément aux responsabilités et aux pouvoirs énoncés dans la *Loi sur l'administration financière*. Les objectifs de vérification interne du contrôleur couvrent la vérification des crédits et des systèmes d'information, les vérifications légales et la vérification de l'optimisation des ressources. Le travail de vérification accompli par le Bureau varie selon la nature de l'entité vérifiée et les objectifs de la vérification. En 2007-2008, le Bureau du contrôleur a fait des vérifications de routine des nouveaux systèmes informatiques et de certains paiements faits par le Ministère.
3) La Direction de la vérification interne du ministère de la Santé : La Direction de la vérification interne du Ministère a pour mandat d'examiner et d'évaluer de façon indépendante les activités du Ministère à titre de service à tous les niveaux de gestion. Elle est chargée de fournir aux cadres du Ministère de l'information sur la pertinence et l'efficacité du système de contrôle interne et sur la conformité aux dispositions législatives et aux politiques établies. En outre, la Direction fait des vérifications des programmes afin de rendre compte de leur efficience, de leur efficacité et de leur économie en regard de l'atteinte des objectifs du Ministère. En 2007-2008, la Direction a produit des rapports sur les paiements pour la formation médicale continue et sur la sous-traitance en technologie de l'information, et examiné l'utilisation de la carte d'assurance-maladie.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les services hospitaliers assurés sont régis par l'article 9 du *Règlement 84-167* de la *Loi sur les services hospitaliers* et par la *Loi hospitalière*.

En 2007-2008, il y avait huit régies régionales de la santé (RRS), établies sous le régime de la *Loi sur les régies régionales de la santé*. Chacune d'elles comprend un établissement hospitalier régional et plusieurs petits établissements, qui offrent tous des services assurés à des malades hospitalisés et des malades externes. Chaque RRS a des établissements de santé et des centres de santé sans lits désignés qui fournissent un éventail de services aux personnes admissibles.

En vertu du *Règlement 84-167* de la *Loi sur les services hospitaliers*, les résidents du Nouveau-Brunswick ont droit aux services hospitaliers assurés ci-après, comme malades hospitalisés ou malades externes.

Services aux malades hospitalisés :

- le logement et les repas conformes à ceux d'une salle ordinaire;
- les soins infirmiers nécessaires;
- les actes de laboratoire et de radiologie et autres actes de diagnostic, de même que les interprétations nécessaires, en vue de préserver la santé, prévenir la maladie et faciliter le diagnostic et le traitement de toute blessure, maladie ou incapacité;
- les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes;
- l'utilisation de la salle d'opération, de la salle d'accouchement et des installations d'anesthésie, y compris le matériel et les fournitures nécessaires et les fournitures chirurgicales courantes;
- l'utilisation des installations de radiothérapie, s'il y en a;
- l'utilisation des installations de physiothérapie, s'il y en a;
- les services fournis par des personnes rémunérées par la RRS à cet égard.

Services externes dans un établissement hospitalier exploité par une RRS agréée :

- les actes de laboratoire et de diagnostic, de même que les interprétations nécessaires, lorsque les assurés sont adressés par un médecin ou une infirmière praticienne et que des installations agréées sont disponibles;
- les actes de laboratoire et de diagnostic, de même que les interprétations nécessaires, lorsque des installations agréées sont disponibles et que les actes sont accomplis aux fins d'un service de dépistage mammographique approuvé par le ministre de la Santé;
- les services externes offerts par un hôpital lorsqu'ils sont prescrits par un médecin ou une infirmière praticienne et fournis dans la clinique externe d'une RRS agréée en vue de préserver la santé, de prévenir la maladie et de faciliter le diagnostic et le traitement de toute blessure, maladie ou incapacité, à l'exception des services suivants :
  - la fourniture de médicaments brevetés;
  - la fourniture de médicaments que le malade apporte à la maison;
  - les services de diagnostic fournis au profit de tiers, tels qu'employeurs et compagnies d'assurances;
  - les visites ayant pour seul objet l'administration de médicaments, de vaccins, de sérums ou de produits biologiques;
  - tout service aux malades externes assuré au titre de la *Loi sur le paiement des services médicaux*.

Pour qu'un service hospitalier puisse être éventuellement ajouté à la liste des services assurés, le Ministère doit recevoir une proposition d'une RRS ou d'une autre partie intéressée, qui fait ensuite l'objet d'une vérification de l'admissibilité suivant les critères applicables aux services hospitaliers assurés décrits dans la *Loi sur les services hospitaliers* et son *Règlement*.

2.2 Services médicaux assurés

La *Loi sur le paiement des services médicaux* et les règlements correspondants sont les textes législatifs habilitants qui prévoient la prestation de services médicaux assurés.

Aucune modification relative aux services médicaux n'a été apportée à la *Loi* ni au *Règlement* en 2007-2008.

Le régime de services médicaux du Nouveau-Brunswick couvre les médecins qui fournissent des services médicalement nécessaires. Pour participer au régime de services médicaux du Nouveau-Brunswick, un médecin doit :

- détenir un permis d'exercice en règle délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick;
- être membre de la Société médicale du Nouveau-Brunswick;
- bénéficier de privilèges dans une RRS;
- être signataire de l'entente des médecins participants.

En date 31 mars 2008, 1 453 médecins participaient activement au régime.

Les médecins du Nouveau-Brunswick ont la possibilité de se retirer du régime pour l'ensemble ou un certain nombre des services. Les médecins qui ont opté pour le retrait total ne sont pas payés directement par l'assurance-maladie pour les services qu'ils donnent, et ils doivent facturer directement leurs patients dans tous les cas. Les patients n'ont pas droit à un remboursement de l'assurance-maladie pour les services fournis par des médecins qui se sont retirés complètement du régime.

Les médecins ne peuvent se prévaloir de la disposition de retrait sélectif dans le cas d'une urgence ou pour la continuation de soins entrepris à titre de participants au régime. Si un médecin participant désire se retirer du régime pour un service particulier, il doit obtenir au préalable le consentement du patient à traiter sans couverture, après quoi il peut facturer directement le patient pour le service fourni. Dans ces cas, le médecin doit toujours suivre la procédure ci-après.

Le médecin doit aviser le patient à l'avance et respecter les dispositions suivantes :

- les frais ne doivent pas excéder le tarif de l'assurance-maladie. Le médecin doit remplir les formulaires de réclamation de l'assurance-maladie prescrits et indiquer le montant total exact exigé du patient. Le bénéficiaire demande par la suite un remboursement en certifiant, sur le formulaire de réclamation, qu'il a bien reçu les services et en envoyant le formulaire aux bureaux de l'assurance-maladie;
- si les frais excèdent le tarif de l'assurance-maladie, le médecin doit fournir les renseignements suivants au patient avant de fournir le service :
  - il se retire du régime et les frais excèdent le tarif de l'assurance-maladie;
  - en acceptant de recevoir le service dans ces conditions, le bénéficiaire renonce à tous ses droits d'obtenir un remboursement de l'assurance-maladie;
  - le patient a le droit d'obtenir des services d'un autre médecin qui participe au régime de services médicaux.
- Le médecin doit obtenir une renonciation signée du patient sur le formulaire spécifié et envoyer celui-ci aux bureaux de l'assurance-maladie.

En date du 31 mars 2008, aucun médecin offrant des services de santé n'avait choisi de se retirer complètement du régime de services médicaux du Nouveau-Brunswick.

L'éventail de services assurés par l'assurance-santé comprend le volet médical de tous les services médicalement nécessaires fournis par les médecins. Il comprend également certains actes de chirurgie dentaire pratiqués par un médecin ou un chirurgien bucco-dentaire dans un établissement hospitalier. L'éventail des services non assurés est décrit à l'annexe 2 du *Règlement 84-20* et dans la *Loi sur le paiement des services médicaux.*

Une personne, un médecin ou le Ministère peut demander l'ajout d'un nouveau service. Toutes les demandes sont étudiées par le comité chargé de l'ajout de nouveaux services, lequel est géré conjointement par la Société médicale du Nouveau-Brunswick et le Ministère. La décision d'ajouter un nouveau service se fonde habituellement sur la notion de « nécessité médicale » et sur le fait que le service est considéré comme une pratique généralement admise (non expérimentale) au Nouveau-Brunswick et au Canada. La notion de « nécessité médicale » s'applique aux services « médicalement nécessaires » pour maintenir la santé, prévenir la maladie et/ou diagnostiquer ou traiter une blessure, une maladie ou une incapacité. Aucun processus de consultation publique n'est utilisé.

En 2007-2008, les services médicaux suivants ont été ajoutés :

- Injection intra-tympanique de médicaments
- Allogreffe méniscale
- Insertion de pessaire
- Angiographie des artères coronariennes par tomodensitométrie
- Réparation de faux anévrisme fémoral.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

L'annexe 4 du *Règlement 84-20* établi en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux* précise les services de chirurgie dentaire assurés qui peuvent être fournis par un dentiste qualifié dans un hôpital à la condition que l'état du patient exige que ces services soient donnés dans un hôpital. De plus, un dentiste peut être rémunéré pour assister un autre dentiste dans la prestation de services médicalement nécessaires sous certaines conditions.

Outre l'annexe 4 du *Règlement 84-20*, les chirurgiens bucco-dentaires et maxillo-faciaux ont ajouté l'accès à quelque 300 codes de service dans le guide du médecin (Physician Manual) et peuvent admettre des patients ou leur donner leur congé en plus de faire des examens physiques. L'éventail de services comprend les services fournis en consultation externe.

Pour participer au régime de services médicaux, les chirurgiens bucco-dentaires et maxillo-faciaux et les dentistes doivent :

- être membres en règle de la Société dentaire du Nouveau-Brunswick;
- remplir l'entente des médecins participants (incluse dans le formulaire d'inscription au régime d'assurance-santé du Nouveau-Brunswick – services dentaires).

En date du 31 mars 2008, il y avait 87 chirurgiens bucco-dentaires et maxillo-faciaux et dentistes d'inscrits au régime.

Les chirurgiens bucco-dentaires et maxillo-faciaux et les dentistes peuvent se prévaloir de la même disposition de retrait du régime que les médecins (voir la section 2.2) et doivent suivre les mêmes lignes directrices. Le Ministère ne possède pas de données sur le nombre de dentistes non inscrits au régime du Nouveau-Brunswick.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services hospitaliers non assurés comprennent : les médicaments brevetés; les médicaments que le malade emporte à la maison; les services de diagnostic demandés par des tiers; les visites pour l'administration de médicaments, de vaccins, de sérums ou de produits biologiques; les téléviseurs et les téléphones; l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; les services hospitaliers directement liés aux services énumérés à l'annexe 2 du *Règlement* établi en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux*.

Les services fournis aux ayants droit en vertu d'autres lois ne sont pas assurés.

Les services énumérés à l'annexe 2 du *Règlement 84-20* du Nouveau-Brunswick établi en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux* sont expressément exclus de la gamme des services médicaux assurés par le régime d'assurance-santé, c'est-à-dire :

- la chirurgie plastique facultative ou autres services à des fins esthétiques;
- la correction d'un mamelon inverti;
- l'augmentation mammaire;
- l'otoplastie pour les personnes de plus de 18 ans;
- l'ablation de lésions cutanées mineures, sauf si elles sont effectivement précancéreuses ou soupçonnées de l'être;
- l'avortement, sauf lorsqu'il est pratiqué par un spécialiste en obstétrique et en gynécologie dans un établissement hospitalier agréé par l'administration où cet établissement est situé, et que deux médecins ont certifié par écrit que l'avortement était médicalement nécessaire;
- l'assistance chirurgicale pour la chirurgie de la cataracte, sauf si l'assistance est requise en raison d'un risque d'échec opératoire autre que le risque inhérent à l'extraction même de la cataracte, à cause de la présence d'une maladie ou d'une autre complication;
- les médicaments, le matériel, les fournitures de chirurgie ou les prothèses;
- les vaccins, sérums, médicaments et produits biologiques énumérés aux articles 106 et 108 du *Règlement 88-200* du Nouveau-Brunswick établi en vertu de la *Loi sur la santé*;
- les consultations ou les renouvellements d'ordonnance par téléphone qui ne sont pas expressément prévus dans le Cahier des tarifs;
- les examens de dossiers médicaux ou les certificats demandés par un tiers ou d'autres services prescrits par les règlements administratifs régissant l'hôpital ou le personnel médical;
- les services dentaires fournis par un médecin ou un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial;
- les services qui sont généralement considérés au Nouveau-Brunswick comme expérimentaux ou qui sont fournis à titre de recherche appliquée;
- les services fournis conjointement ou en rapport avec les services ci-dessus;
- les témoignages devant une cour ou tout autre tribunal;
- l'immunisation, les examens ou les certificats pour fins de voyage, d'emploi, d'émigration ou d'assurance, ou faits à la demande d'un tiers;
- les services fournis par des médecins ou des chirurgiens bucco-dentaires et maxillo-faciaux aux membres de leur famille immédiate;
- la psychanalyse;
- l'électrocardiographie (ECG) lorsqu'elle n'est pas effectuée par un spécialiste en médecine interne ou en pédiatrie;
- les actes de laboratoire non compris dans les honoraires d'examen ou de consultation;
- les réfractions;
- les services fournis dans la province par des médecins, des chirurgiens bucco-dentaires et maxillo-faciaux ou des dentistes pour lesquels les honoraires excèdent le montant payable en vertu du présent *Règlement*;
- l'ajustage et la fourniture de lunettes ou lentilles de contact;
- la chirurgie transsexuelle;
- les services de radiologie fournis dans la province par une clinique de radiologie privée;
- l'acupuncture;
- les examens médicaux complets effectués dans le cadre d'un examen périodique et non par nécessité médicale;
- la circoncision des nouveau-nés;
- l'inversion de vasectomies;
- une deuxième injection ou toute injection subséquente pour impuissance;
- l'inversion d'une ligature des trompes;
- l'insémination intra-utérine;
- la chirurgie bariatrique, sauf si la personne (i) a un indice de masse corporelle de 40 ou plus; (ii) souffre d'affections concomitantes liées à l'obésité; (iii) a, sous la supervision d'un médecin, entrepris sans succès une diète et un programme d'exercice afin d'atteindre un poids plus satisfaisant;

- la ponction veineuse lorsqu'elle est effectuée aux fins d'un prélèvement sanguin et en tant que procédure unique dans un établissement autre qu'un établissement hospitalier agréé.

Les services dentaires qui ne sont pas expressément énumérés à l'annexe 4 sur les soins dentaires ne sont pas couverts par le régime. Les services énumérés à l'annexe 2 sont considérés comme les seuls services médicaux non assurés.

Il n'existe pas de politiques ni de lignes directrices spécifiques, autres que la *Loi* et le *Règlement*, pour garantir que les frais exigés pour des produits ou des services médicaux non assurés (c.-à-d. des produits ou des services médicaux perfectionnés tels que des lentilles intraoculaires, des plâtres en fibre de verre, etc.) fournis en combinaison avec un service de santé assuré ne compromettent pas l'accès satisfaisant aux services assurés. Les lentilles intraoculaires sont maintenant fournies par les hôpitaux.

La décision de retirer un service médical ou de chirurgie dentaire de la liste des services assurés est fondée sur la conformité du service à la définition de « médicalement nécessaire », sur l'examen des régimes de services médicaux en place partout au pays et sur l'utilisation antérieure du service visé. La *Loi sur le paiement des services médicaux* stipule qu'une fois le retrait du service décidé, le gouvernement ne peut apporter aucune modification au *Règlement* avant d'avoir reçu l'avis et les recommandations de la Société médicale du Nouveau-Brunswick ou avant que le délai imparti à cette dernière, par le ministre, pour fournir son avis et ses recommandations ne soit expiré. À la suite de la réception de l'avis et de la résolution de toutes les questions soulevées, une modification réglementaire est effectuée. Les médecins en sont informés par écrit à la suite de l'émission de l'avis d'approbation. Le public est habituellement informé par voie de communiqué. Aucun processus de consultation publique n'est utilisé.

En 2007-2008, le code de kilométrage parcouru pour fournir des services de dialyse au domicile des patients, par kilomètre excédant 5 km aller seulement, a été supprimé de la liste des services assurés.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité

Les articles 3 et 4 de la *Loi sur le paiement des services médicaux* et de son *Règlement 84-20* définissent l'admissibilité au régime d'assurance-santé au Nouveau-Brunswick.

Les résidents doivent remplir une demande à l'assurance-santé et fournir la preuve de leur citoyenneté canadienne ou de leur statut d'Autochtone, ou encore un document d'immigration canadien valide. Un résident est défini comme une personne légalement autorisée à être ou à demeurer au Canada, qui élit domicile et est habituellement présente au Nouveau-Brunswick; sont exclus les touristes, les personnes de passage et les visiteurs dans la province.

Toute personne qui entre ou qui revient au Nouveau-Brunswick (exception faite des enfants adoptés à l'extérieur du Canada) se voit imposer une période de carence avant de devenir admissible au régime d'assurance-santé. La protection débute le premier jour du troisième mois suivant le mois d'arrivée.

Les résidents qui ne sont pas admissibles au régime d'assurance-santé sont :

- les membres réguliers des Forces canadiennes;
- les membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC);
- les détenus des pénitenciers fédéraux;
- les personnes qui déménagent temporairement au Nouveau-Brunswick;
- un membre d'une famille qui déménage d'une autre province au Nouveau-Brunswick avant les autres membres de sa famille;
- les personnes en provenance d'une autre province qui sont entrées au Nouveau-Brunswick dans le but de poursuivre leurs études et qui sont admissibles à la couverture du régime de services médicaux de leur province d'origine;

- les non-Canadiens titulaires de certains types de permis d'autorisation canadiens (p. ex. un permis d'études).

Disposition prévue pour l'admissibilité au régime d'assurance-santé :

- les non-Canadiens titulaires d'un permis d'immigration qui, normalement, ne les autoriserait pas à bénéficier de la couverture, sont admissibles s'ils sont légalement mariés à un résident du Nouveau-Brunswick admissible ou s'ils en sont le conjoint de fait.

Disposition prévue lorsqu'il y a un changement de statut :

- les personnes congédiées ou libérées des Forces canadiennes ou de la GRC ou les détenus libérés d'un pénitencier fédéral sont admissibles au régime à compter de la date de leur libération s'ils résident au Nouveau-Brunswick à cette date. Ils doivent remplir une demande, indiquer la date officielle de leur libération et fournir une preuve de citoyenneté.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Un bénéficiaire qui souhaite devenir admissible aux services assurés doit s'inscrire et inscrire toutes les personnes à sa charge âgées de moins de 19 ans en remplissant un formulaire fourni par les bureaux de l'assurance-santé à cette fin, ou il doit être inscrit par une personne agissant en son nom.

Une fois la demande approuvée, le bénéficiaire et les personnes à sa charge sont inscrits, et une carte d'assurance-santé munie d'une date d'expiration est délivrée pour chacun d'eux.

Un avis d'expiration comportant toute l'information familiale enregistrée à cette date dans les dossiers d'assurance-santé est émis au bénéficiaire deux ou trois mois avant la date d'expiration de la carte ou des cartes d'assurance-santé. Un bénéficiaire qui souhaite demeurer admissible aux services assurés doit confirmer l'information qui figure sur l'avis d'expiration, apporter tous les changements pertinents et retourner le formulaire à l'assurance-santé. Le dossier est mis à jour dès la réception du formulaire rempli, et une ou plusieurs nouvelles cartes portant une date d'expiration révisée sont délivrées.

À l'heure actuelle au Nouveau-Brunswick, seules les personnes jugées admissibles sont inscrites.

Tous les membres de la famille (le bénéficiaire, son conjoint et les personnes à sa charge de moins de 19 ans) doivent s'inscrire comme une unité familiale. Les résidents qui cohabitent sans être légalement mariés peuvent s'inscrire comme une unité familiale s'ils en font la demande.

Les résidents peuvent choisir de se retirer du régime. On leur demande alors de signifier leur intention par écrit. Cette information est ensuite ajoutée à leur dossier, et les prestations cessent.

3.3 Autres catégories de personnes

Les non-Canadiens titulaires d'un permis d'immigration qui, normalement, ne les autoriserait pas à bénéficier de la couverture de l'assurance-santé sont admissibles s'ils sont légalement mariés à un résident admissible du Nouveau-Brunswick ou s'ils sont conjoints de fait d'un tel résident, et s'ils possèdent toujours un permis d'immigration valide. Au moment du renouvellement, ils doivent fournir un document d'immigration à jour.

4.0 Transférabilité

4.1 Période d'attente minimale

Une personne est admissible à l'assurance-santé du Nouveau-Brunswick le premier jour du troisième mois suivant le mois où elle s'est établie en permanence au Nouveau-Brunswick. La période d'attente de trois mois est imposée par la *Loi sur le paiement des services médicaux* du Nouveau-Brunswick et aucune exception ne peut être faite.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Les paragraphes 3(4) et 3(5) du *Règlement 84-20* établi en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux* définissent la transférabilité de l'assurance-santé pendant un séjour temporaire ailleurs au Canada.

Les étudiants qui fréquentent à temps plein une université ou un autre établissement d'enseignement approuvé et qui quittent le Nouveau-Brunswick pour poursuivre leurs études dans une autre province bénéficient d'une couverture pour une période de 12 mois renouvelable aux conditions suivantes :

- ils doivent fournir une preuve d'inscription à un établissement d'enseignement;
- ils doivent communiquer avec l'assurance-santé tous les 12 mois pour conserver leur admissibilité;
- ils ne doivent pas élire domicile à l'extérieur du Nouveau-Brunswick;
- ils ne doivent pas bénéficier d'une assurance-santé dans une autre province.

Les résidents qui travaillent temporairement dans une autre province ou un territoire bénéficient d'une couverture pouvant aller jusqu'à 12 mois, s'ils respectent les conditions suivantes :

- ils ne doivent pas élire domicile dans une autre province;
- ils ne doivent pas bénéficier d'une assurance-santé dans une autre province;
- ils doivent avoir l'intention de revenir au Nouveau-Brunswick.

Lorsque les résidents s'absentent pour plus de 12 mois, ils devraient demander une couverture dans la province ou le territoire où ils travaillent et devraient être admissibles le premier jour du treizième mois.

Le Nouveau-Brunswick a conclu des ententes officielles avec l'ensemble des provinces et des territoires du Canada pour la facturation réciproque des services hospitaliers assurés. Le Nouveau-Brunswick a également conclu des ententes réciproques avec toutes les provinces, à l'exception du Québec, pour la prestation de services médicaux assurés. Les services fournis par des médecins du Québec à des résidents du Nouveau-Brunswick sont payés selon le tarif en vigueur au Québec, si les services fournis sont assurés au Nouveau-Brunswick. La majorité des réclamations de cette nature proviennent directement des médecins du Québec. Toute réclamation pour soins de santé payés que soumet le patient est remboursée conformément aux règlements du Nouveau-Brunswick.

En 2007-2008, 213 710 services médicaux ont été fournis à des résidents du Nouveau-Brunswick dans d'autres provinces et territoires. Le montant total versé pour ces services s'élevait à 11 998 933 $.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'extérieur du Canada

Les paragraphes 3(4) et 3(5) du *Règlement 84-20* établi en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux* définissent la transférabilité de l'assurance-santé durant des séjours temporaires à l'extérieur du Canada.

L'admissibilité des résidents du Nouveau-Brunswick qui s'absentent temporairement de la province est déterminée conformément à la *Loi sur le paiement des services médicaux* et à son *Règlement* et à l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité.

Les résidents qui travaillent temporairement à l'extérieur du pays bénéficient d'une couverture maximale de 12 mois, même si l'on sait à l'avance qu'ils seront absents pour plus de 12 mois, pourvu qu'ils n'élisent pas domicile à l'extérieur du Canada.

Toute absence de plus de 182 jours, que ce soit pour des raisons de travail ou de vacances, nécessite l'approbation du Directeur, laquelle ne peut être accordée que pour une période maximale de 12 mois et ne sera accordée qu'une fois aux trois ans. Les familles des travailleurs employés temporairement à l'extérieur du Canada continuent d'être couvertes par le régime à condition de résider au Nouveau-Brunswick.

Les résidents du Nouveau-Brunswick qui excèdent la période de prolongation de 12 mois doivent présenter une nouvelle demande d'assurance-santé à leur retour au Nouveau-Brunswick et sont assujettis à la période d'attente de trois mois imposée par la *Loi*. Toutefois, une « période de grâce » de 14 jours peut être accordée aux résidents du Nouveau-Brunswick qui se sont absentés temporairement de la province un peu plus de 12 mois. Dans certains cas, cela évite d'avoir à présenter une nouvelle demande à titre de résident de retour et d'attendre les trois mois prévus par la *Loi*.

Exception applicable aux travailleurs temporaires : les Travailleurs mobiles sont des résidents dont l'emploi exige qu'ils voyagent à l'extérieur de la province (p. ex. pilotes, camionneurs, etc.). Il faut respecter certaines conditions pour être désigné Travailleur mobile, c'est-à-dire :

- la demande doit être soumise par écrit;
- il faut fournir de la documentation attestant le statut de travailleur mobile, comme une lettre de l'employeur confirmant la nécessité de déplacements fréquents à l'extérieur du Nouveau-Brunswick; dans le cas d'un résident du Nouveau-Brunswick, lettre qui confirme qu'il réside en permanence au Nouveau-Brunswick et précise à quelle fréquence il revient dans la province; copie du permis de conduire du Nouveau-Brunswick; si la personne travaille à l'extérieur du Canada, copie du document d'immigration qui l'autorise à travailler à l'extérieur du pays;
- la résidence permanente du travailleur doit continuer d'être au Nouveau-Brunswick;
- le travailleur doit revenir au Nouveau-Brunswick pendant les périodes de temps libre.

Le statut de Travailleur mobile est attribué pour une période maximale de deux ans, après quoi le résident du Nouveau-Brunswick doit soumettre une nouvelle demande et fournir à nouveau de la documentation pour confirmer qu'il est toujours Travailleur mobile.

Employés contractuels

Tout résident du Nouveau-Brunswick qui accepte un contrat à l'extérieur du pays doit fournir les renseignements et les documents suivants :

- une lettre de demande du résident du Nouveau-Brunswick portant sa signature, les détails de son absence, y compris le numéro d'assurance-santé, l'adresse au Nouveau-Brunswick, la date de départ, la destination et l'adresse de réexpédition, la raison de l'absence et la date de retour;
- une copie de l'entente contractuelle conclue entre l'employé et l'employeur qui précise la date du début et la date de la fin de l'emploi.

Le statut de « Travailleur contractuel » est attribué pour une période maximale de deux ans. Toute demande additionnelle de statut de Travailleur contractuel doit être transmise au directeur des Services de l'assurance-santé à des fins d'approbation au cas par cas.

Étudiants

Les étudiants qui fréquentent à temps plein une université ou un autre établissement d'enseignement approuvé et qui quittent le Nouveau-Brunswick pour poursuivre leurs études dans un autre pays bénéficient de la couverture pour une période de douze mois renouvelable aux conditions suivantes :

- ils doivent fournir une preuve d'inscription à un établissement d'enseignement;
- ils doivent communiquer avec les bureaux de l'assurance-santé tous les douze mois pour conserver leur admissibilité;
- ils ne doivent pas établir leur résidence permanente à l'extérieur du Nouveau-Brunswick;
- ils ne doivent pas bénéficier d'une assurance-santé ailleurs.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

L'assurance-santé couvre les services fournis à l'étranger qui ne sont pas offerts au Canada, après approbation préalable seulement. Les résidents peuvent choisir d'obtenir, à l'étranger, des services non urgents; ceux qui reçoivent de tels services assumeront toutefois la responsabilité de la totalité des coûts.

Les résidents du Nouveau-Brunswick peuvent être admissibles au remboursement de services médicaux non urgents fournis à l'étranger s'ils remplissent les conditions suivantes :

- le service requis, un service équivalent ou un autre service n'est pas disponible au Canada;
- il est fourni dans un hôpital figurant dans la liste de l'édition courante de l'American Hospital Association Guide to the Health Care Field (guide des hôpitaux des États-Unis, des systèmes de soins de santé, des réseaux, des alliances, des organismes de santé, des agences et des fournisseurs de soins);
- il est fourni par un médecin;
- il constitue une méthode de traitement acceptée reconnue par la communauté médicale et doit être considéré comme scientifiquement fondé au Canada. Les interventions expérimentales ne sont pas couvertes.

Si les conditions susmentionnées sont remplies, il est obligatoire de demander l'approbation préalable de l'assurance-santé pour bénéficier d'une couverture. Un médecin, un patient ou un membre de sa famille peut présenter une demande d'approbation préalable pour recevoir ces services à l'étranger, accompagnée de documents à l'appui provenant d'un spécialiste ou de spécialistes au Canada.

Les services suivants font l'objet d'une exemption dans la politique de couverture à l'étranger :

- l'hémodialyse : les patients doivent obtenir une approbation préalable, et l'assurance-santé remboursera le résident à un tarif équivalant au tarif interprovincial de 220 $ la séance;
- les tests d'allergie pour la sensibilité aux substances présentes dans l'environnement : tous les tests réalisés à l'extérieur du pays seront payés au taux maximal de 50 $ par jour, montant équivalant au coût d'une visite en consultation externe.

Une approbation préalable est également exigée pour l'aiguillage de patients vers des hôpitaux psychiatriques et des centres de lutte contre la toxicomanie situés à l'extérieur de la province, car ces établissements sont exclus de l'Entente interprovinciale de facturation réciproque. Les responsables de l'assurance-santé doivent recevoir une demande d'approbation préalable des services de lutte contre la toxicomanie ou des services de santé mentale du ministère de la Santé.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Puisqu'il n'existe aucuns frais modérateurs au Nouveau-Brunswick pour les services de santé assurés, comme il est défini dans la *Loi canadienne sur la santé*, tous les résidents du Nouveau-Brunswick ont un accès égal aux services de santé assurés.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Les mesures ci-après ont été prises en 2007-2008 pour améliorer l'accès aux services hospitaliers :

- Un registre provincial des patients des soins chirurgicaux a été mis en œuvre. Ce registre permet d'avoir une liste normalisée exacte des patients en attente de chirurgie au Nouveau-Brunswick. La consultation de cette information a entraîné une amélioration continue des temps d'attente et, partant, un accès plus rapide à la chirurgie.
- Chacun des 16 établissements qui font de la chirurgie apporte les modifications recommandées à ses méthodes et ressources, d'où une augmentation

de l'efficacité et des capacités et, en conséquence, un accès plus rapide à la chirurgie.

- Des services d'électrophysiologie sont maintenant offerts au Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick. Auparavant, les Néo-Brunswickois devaient sortir de la province pour obtenir ce genre de services.
- Un appareil fixe supplémentaire d'imagerie par résonance magnétique (IRM) est maintenant opérationnel à l'hôpital régional Dr. Everett Chalmers à Fredericton. La province compte actuellement six appareils d'IRM (deux mobiles et quatre fixes).
- Les services de réadaptation cardiaque ont été améliorés à l'échelle de la province. Les programmes établis ont été bonifiés et de nouveaux programmes ont été mis sur pied là où ce genre de services n'était pas offert auparavant.
- Six infirmières praticiennes ont été ajoutées afin d'améliorer l'accès aux services de soins primaires.
- Trois nouvelles cliniques d'oncologie ont été aménagées dans la région rurale du Nord de la province. Les malades peuvent désormais recevoir leurs traitements plus près de chez eux.
- Les capacités de radiothérapie ont été augmentées à Moncton pour faire face à l'augmentation du nombre de patients.
- Le nombre maximal d'examens annuels de TEP a grimpé de 300 à 600.
- Un nouvel hôpital de 70 lits a ouvert ses portes à Waterville, au Nouveau-Brunswick, en 2007-2008. Par la suite, deux établissements (total de 52 lits) ont fermé. La capacité maximale en lits a donc augmenté de 18.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

En date du 31 mars 2008, 708 omnipraticiens, 745 spécialistes et 87 dentistes et chirurgiens bucco-dentaires et maxillo-faciaux étaient inscrits au régime.

En 2007-2008, le Ministère a continué ses travaux sur la stratégie de recrutement et de maintien en poste destinée à attirer des médecins de famille et des spécialistes nouvellement autorisés. Cette stratégie comprend un fonds d'urgence pour aider le Ministère à mieux exploiter les possibilités de recrutement, notamment l'attribution de primes d'emplacement de 25 000 $ et 50 000 $ pour les médecins de famille et de 40 000 $ pour les spécialistes qui souhaitent exercer dans les régions de la province qui manquent de services. La stratégie de recrutement et de maintien en poste prévoit aussi une participation accrue du gouvernement à l'égard des études supérieures des médecins de famille, le maintien à 350 semaines du programme de préceptorat d'été en milieu rural des étudiants en médecine, ainsi que le déploiement d'efforts visant à obtenir pour les médecins la parité salariale relative avec les médecins des autres provinces de l'Atlantique.

5.4 Rémunération des médecins

Les paiements aux médecins et aux dentistes sont régis par les *Règlements 84-20*, *93-143* et *96-133* établis en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux*.

L'exercice 2007-2008 marquait la troisième et dernière année d'un accord avec les médecins rémunérés à l'acte. Cet accord prévoit une augmentation de 13 % sur une période de trois ans (des augmentations de 4 %, 4,5 % et 4,5 % respectivement de 2005-2006 à 2007-2008).

Il n'y a pas de processus de négociation officiel pour les dentistes au Nouveau-Brunswick.

Au Nouveau-Brunswick, les modes de rémunération des médecins pour la prestation de services de santé assurés sont la rémunération à l'acte, le salaire, la rémunération à la vacation ou d'autres modes de rémunération qui peuvent aussi être mixtes.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Les autorités législatives qui régissent les paiements aux établissements hospitaliers au Nouveau-Brunswick sont la *Loi hospitalière*, qui régit l'administration des hôpitaux, et la *Loi sur les services hospitaliers*, qui régit le financement des hôpitaux. La *Loi sur les régies régionales de la santé* prévoit la prestation et l'administration des services de santé au sein de régions géographiques définies de la province.

Au cours de l'exercice 2007-2008, aucune modification n'a été apportée au processus de paiement aux hôpitaux.

Le Ministère utilise deux éléments pour distribuer les fonds disponibles aux régies régionales de la santé (RRS) du Nouveau-Brunswick.

Le principal élément se fonde sur le « niveau de service actuel » (NSA). Il vise cinq grands services de soins aux patients :

- les services tertiaires (cardiologie, dialyse, oncologie);
- les services psychiatriques (unités et établissements psychiatriques);
- les programmes spécialisés (p. ex. services aux toxicomanes);
- les services communautaires (programmes extra-muraux, centres de services de santé);
- les soins généraux aux malades.

S'ajoutent à ces services des services de soutien qui ne touchent pas les soins aux malades (p. ex. administration générale, buanderie, services alimentaires, alimentation en énergie).

Le processus budgétaire actuel peut s'étendre sur plus d'une année financière et comporter plusieurs étapes. Au plus tard en mars de chaque année, les RRS doivent fournir au Ministère leurs données sur l'utilisation et leurs prévisions de recettes pour l'année financière suivante, ainsi que leurs données sur l'utilisation et les recettes réelles pour les neuf premiers mois de l'année financière en cours. Ces renseignements, de même que les états financiers vérifiés des deux années financières précédentes, servent à évaluer le niveau de financement prévu pour chaque RRS.

Des modifications sont apportées au budget pendant l'année afin de permettre des ajustements pour les programmes et les services pertinents, de façon récurrente ou non. Le processus de règlement de fin d'exercice sert à faire concorder le budget annuel total approuvé pour chaque RRS avec ses états financiers vérifiés, et les recettes et les dépenses prévues au budget avec les recettes et les dépenses réelles.

Toute demande de financement d'un nouveau programme est présentée à la direction responsable de ce programme. Les représentants du ministère de la Santé évaluent la demande de concert avec le personnel de la régie régionale de la santé.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le Nouveau-Brunswick reconnaît couramment le rôle du gouvernement fédéral en ce qui a trait aux contributions versées dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé dans les documents publics présentés au cours des processus législatifs ou administratifs. En font notamment partie les documents suivants :

- les documents budgétaires présentés par le ministre des Finances le 18 mars 2008;
- les comptes publics de 2006-2007 présentés par le ministre des Finances le 28 septembre 2007;
- les comptes publics de 2007-2008 présentés par le ministre des Finances le 26 septembre 2008;
- le budget principal des dépenses présenté par le ministre des Finances le 18 mars 2008.

Le Nouveau-Brunswick ne produit pas de documents promotionnels au sujet de ses services médicaux et hospitaliers assurés.

7.0 Services complémentaires de santé

7.1 Soins intermédiaires en foyer de soins infirmiers et soins en établissement pour adultes

Le Programme de soins de longue durée du Nouveau-Brunswick, un service non assuré, a été transféré au ministère des Services familiaux et communautaires le 1er avril 2000. Les soins en foyer de soins infirmiers, qui constituent aussi des services non assurés, sont offerts dans le cadre du Programme des services de foyers de soins infirmiers du ministère des Services familiaux et communautaires, rebaptisé ministère du Développement social en décembre 2007. D'autres services et établissements de soins pour adultes sont accessibles par l'entremise de diverses agences et sources de financement dans la province.

Les foyers de soins infirmiers sont des organismes privés sans but lucratif. Pour y être admis, les clients doivent se soumettre à un processus d'évaluation fondé sur des critères bien précis relatifs à leur état de santé.

Les établissements de soins pour adultes sont, pour la plupart, des établissements privés sans but lucratif. Le nombre de lits disponibles varie selon l'ouverture et la fermeture de ces établissements par les entrepreneurs privés. Les clients y sont admis après avoir subi le même processus d'évaluation que celui qui est prévu pour l'admission en foyer de soins infirmiers.

Les logements subventionnés sont réservés aux personnes âgées à faible revenu. Les critères d'admission sont fondés sur l'âge et la situation financière du demandeur. Les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada offrent des services dans certaines unités.

7.2 Services de soins à domicile

Le Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick offre une vaste gamme de services de soins à domicile partout dans la province : des soins de courte durée, des soins palliatifs, des soins de longue durée et des soins de réadaptation fournis dans la collectivité (à domicile, dans les foyers de soins ou dans les écoles publiques), de même qu'un programme d'oxygénothérapie à domicile. Depuis 1996, le Programme est appliqué par les RRS du Nouveau-Brunswick, conformément aux politiques et aux normes provinciales. Parmi les fournisseurs de services, mentionnons les infirmières et les infirmiers autorisés, les infirmières et les infirmiers auxiliaires autorisés, les travailleuses et les travailleurs sociaux, les diététistes, les inhalothérapeutes, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les orthophonistes et les pharmaciens, lorsque des fonds sont prévus en ce sens.

Un projet pilote offre des services de présélection et d'évaluation et une intervention communautaire appropriée pour prévenir l'hospitalisation non nécessaire des aînés lorsqu'une aide peut leur être donnée pour qu'ils vivent chez eux sans danger. Ces services, même s'ils ne sont pas couverts par la *Loi canadienne sur la santé*, sont considérés comme des services assurés par le régime de services hospitaliers de la province.

7.3 Services de soins de santé ambulatoires

Les services de soins ambulatoires ont été fournis par les RRS du Nouveau-Brunswick, conformément aux politiques et aux normes provinciales, et comprenaient les soins donnés en salle d'urgence à l'hôpital, les soins de jour ou de nuit fournis à l'hôpital et ceux qui sont offerts dans les cliniques pour autant qu'ils le soient dans les hôpitaux, les centres de santé et les centres de santé communautaire. Les soins ambulatoires sont considérés comme un service assuré en vertu du régime de services hospitaliers de la province.

Personnes inscrites					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#)	741 353	741 726	740 759	738 651	740 845

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
2. Nombre (#) :					
a. soins actifs	27	27	23	23	22
b. soins chroniques	0	0	0	0	0
c. soins de réadaptation	1	1	1	1	1
d. autres	22	22	26	26	27
e. total	50	50	50	50	50
3. Paiement des services de santé assurés ($) :					
a. soins actifs	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
b. soins chroniques	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
c. soins de réadaptation	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
d. autres	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
e. total	1 001 055 724	1 118 701 200	1 205 197 000	1 290 887 880	1 372 911 800
Établissements privés à but lucratif	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#) :					
a. installations chirurgicales	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
b. établissements d'imagerie diagnostique	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
c. total	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
5. Paiement des services de santé assurés donnés par des établissements privés à but lucratif ($) : [1]					
a. installations chirurgicales	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
b. établissements d'imagerie diagnostique	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
c. total	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.

Services hospitaliers assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
6. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	4 785	5 464	5 418	3 740	4 363
7. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	26 995 076	33 743 005	38 017 578	32 494 834	42 267 067
8. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	38 090	34 422	45 911	44 941	51 406
9. Paiements totaux, consultations externes ($)	5 391 831	5 887 128	9 561 558	10 022 287	11 316 103
Services hospitaliers assurés offerts à l'extérieur du Canada					
10. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	211	191	215	211	209
11. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	497 715	587 632	374 035	741 599	726 650
12. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	1 058	1 170	1 453	1 122	1 073
13. Paiements totaux, consultations externes ($)	266 167	337 337	321 202	358 594	441 575

1. Aucun établissement privé à but lucratif n'est exploité au Nouveau-Brunswick.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
14. Nombre de médecins participants (#) : [2]					
a. omnipraticiens	647	658	667	693	708
b. spécialistes	682	707	714	706	745
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	1 329	1 365	1 381	1 399	1 453
15. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#) :					
a. omnipraticiens	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
b. spécialistes	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
c. autres	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
d. total	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
16. Nombre de médecins qui ne participent pas (#) :					
a. omnipraticiens	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
b. spécialistes	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
c. autres	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
d. total	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
17. Services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement :					
a. nombre de services (#)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
b. paiements totaux ($)	327 618 344	351 888 988	373 500 994	400 481 139	420 718 463
18. Services médicaux rémunérés à l'acte :					
a. nombre de services (#)	5 488 314	5 540 170	5 721 352	5 746 248	5 714 676
b. paiements totaux ($)	216 599 016	229 403 104	240 841 117	244 907 268	254 610 350

Services médicaux assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
19. Nombre de services (#)	200 718	175 528	202 555	192 544	213 710
20. Paiements totaux ($)	9 909 950	9 789 304	11 353 739	11 125 487	11 998 933
Services médicaux assurés offerts à l'extérieur du Canada					
21. Nombre de services (#)	5 459	5 339	6 707	6 047	5 999
22. Paiements totaux ($)	428 473	409 132	449 689	417 942	487 961

Services chirurgicaux et dentaires assurés offerts dans la province ou le territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
23. Nombre de dentistes participants (#) [3]	23	22	21	25	21
24. Nombre de services fournis (#)	1 986	2 422	2 890	2 472	2 962
25. Paiements totaux ($)	486 105	537 679	621 491	502 913	598 383

2. Nombre de médecins participant activement au 31 mars de chaque année.
3. Nombre de dentistes et de chirurgiens bucco-dentaires et maxillo-faciaux participant au régime de services médicaux du Nouveau-Brunswick durant chacune des années financières

Québec

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le régime d'assurance hospitalisation du Québec est géré par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le régime d'assurance maladie du Québec est administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec, organisme public établi par le gouvernement provincial et qui relève du ministre de la Santé et des Services sociaux.

1.2 Liens hiérarchiques

La *Loi sur l'administration publique* (L.R.Q., c. A-6.01) énonce les critères gouvernementaux pour la préparation de rapports sur la planification et la performance des autorités publiques, y compris le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Régie de l'assurance maladie du Québec.

1.3 Vérification des comptes

Les deux régimes (le régime d'assurance hospitalisation du Québec et le régime d'assurance maladie du Québec) sont gérés sans but lucratif, et tous les livres et comptes sont vérifiés par le Vérificateur général de la province.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les services assurés aux malades hospitalisés comprennent : l'hébergement et les repas en salle commune; les soins infirmiers nécessaires; les fournitures chirurgicales courantes; les services de diagnostic; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; les médicaments; les prothèses et les orthèses pouvant être intégrées à l'organisme humain; les produits biologiques et les préparations connexes; l'usage des installations de radiothérapie, de radiologie et de physiothérapie; les services fournis par le personnel du centre hospitalier.

Les services de consultation externe comprennent : les services cliniques de soins psychiatriques; les soins en électrochocs, l'insulinothérapie et la thérapie du comportement; les soins d'urgence; les soins en chirurgie mineure (chirurgie d'un jour); la radiothérapie; les services de diagnostic; la physiothérapie; l'ergothérapie; les services d'inhalothérapie, d'audiologie, d'orthophonie et d'orthoptique; d'autres services ou examens exigés par une loi du Québec.

D'autres services sont assurés : les services à des fins de contraception mécanique, hormonale ou chimique; les services de stérilisation chirurgicale, dont la ligature des trompes et la vasectomie; la réanastomose des trompes ou des canaux; l'ablation de dent ou de racine lorsque l'état de santé du bénéficiaire nécessite des services hospitaliers.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux administre gratuitement un programme de transport par ambulance pour les personnes âgées de 65 ans ou plus.

En plus des services de santé assurés de base, la Régie couvre également, avec des restrictions pour certains habitants du Québec au sens de la *Loi sur l'assurance maladie* et les prestataires de l'assistance-emploi, les services optométriques, les services dentaires pour les enfants et les prestataires de

l'assistance-emploi, et les prothèses dentaires acryliques pour les prestataires de l'assistance-emploi; les prothèses, les appareils orthopédiques, les aides à la locomotion et à la posture, et les autres équipements qui suppléent à une déficience physique; les prothèses mammaires externes; les prothèses oculaires; les aides auditives, les aides de suppléance à l'audition et les aides visuelles pour les personnes ayant un handicap auditif ou visuel; les appareils fournis aux stomisés permanents.

Par ailleurs, en matière d'assurance médicaments, depuis le 1er janvier 1997, la Régie couvre, outre sa clientèle habituelle (prestataires de l'assistance-emploi et personnes âgées de 65 ans ou plus), les personnes qui autrement n'auraient pas accès à un régime privé d'assurance médicaments. Actuellement (2007), le régime d'assurance médicaments couvre 3,29 millions de personnes assurées.

2.2 Services médicaux assurés

Les services assurés par ce régime comprennent les services médicaux et chirurgicaux rendus par les médecins et qui sont requis au point de vue médical.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les services assurés par ce régime comprennent les services de chirurgie buccale rendus dans un centre hospitalier ou un établissement universitaire déterminé par règlement, par les chirurgiens-dentistes et les spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services hospitaliers non assurés comprennent : la chirurgie plastique; la fécondation in vitro; l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; la télévision; le téléphone; les médicaments et les produits biologiques prescrits après le congé du patient; les services auxquels le patient a droit en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* ou d'autres lois fédérales ou provinciales.

Les services suivants ne sont pas considérés comme assurés : tout examen ou service non relié à un processus de guérison ou de prévention de la maladie; la psychanalyse sous toutes ses formes, à moins que ce type de service ne soit rendu dans un établissement autorisé à cette fin par le ministre de la Santé et des Services sociaux; tout service dispensé à des fins purement esthétiques; toute chirurgie réfractive, sauf dans les cas où il y a eu échec documenté au port de verres correcteurs ou de lentilles cornéennes pour de l'astigmatisme de plus de 3,00 dioptries ou de l'anisométropie de plus de 5,00 dioptries, mesurées au plan cornéen; toute consultation par voie de télécommunication ou par correspondance; tout service rendu par un professionnel à son conjoint ou à ses enfants; tout examen, toute expertise, tout témoignage, tout certificat ou toute autre formalité lorsqu'ils sont requis aux fins de la justice ou par une personne autre que celle qui a reçu un service assuré, sauf dans certains cas; toute visite faite dans le seul but d'obtenir le renouvellement d'une ordonnance; tout examen, tout vaccin, toute immunisation et toute injection lorsque le service est rendu à un groupe ou fourni à certaines fins; tout service rendu par un professionnel sur la base d'une entente ou d'un contrat avec un employeur, une association ou un organisme; tout ajustement de lunettes ou de lentilles cornéennes; toute ablation chirurgicale d'une dent ou d'un fragment dentaire faite par un médecin, à moins qu'un tel service ne soit rendu dans un centre hospitalier dans certains cas; tous les actes d'acupuncture; l'injection de substances sclérosantes et l'examen dispensé à cette occasion; la mammographie utilisée à des fins de dépistage, à moins que ce service ne soit rendu sur ordonnance médicale dans un lieu désigné par le ministre dans l'un ou l'autre des cas, soit à une bénéficiaire âgée de 35 ans ou plus et à la condition qu'un tel examen n'ait pas été subi par cette personne depuis un an; la thermographie, la tomodensitométrie, l'imagerie par résonance magnétique et l'usage des

radionucléides in vivo chez l'humain, à moins que ces services ne soient rendus dans un centre hospitalier; l'ultrasonographie, à moins que ce service ne soit rendu, soit dans un centre hospitalier ou encore, à des fins obstétricales, dans un centre local de services communautaires reconnu à cet effet; tout service de radiologie ou d'anesthésie rendu par un médecin, s'il est requis en vue de dispenser un service non assuré, à l'exception d'un service dentaire rendu dans un centre hospitalier, ou dans le cas d'un service de radiologie, s'il est requis par une personne autre qu'un médecin ou un dentiste; tout service de chirurgie transsexuelle, à moins qu'il ne soit rendu sur recommandation d'un médecin spécialiste en psychiatrie et dans un centre hospitalier reconnu à cet effet; tout service qui n'est pas associé à une pathologie et qui est rendu par un médecin à un bénéficiaire ayant entre 18 et 65 ans, à moins que ce bénéficiaire ne détienne un carnet de réclamation, pour un problème de daltonisme ou de réfraction, dans le but d'obtenir ou de renouveler une ordonnance pour des lunettes ou des lentilles cornéennes.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité

L'inscription à l'assurance hospitalisation n'est pas nécessaire; il suffit d'être inscrit à la Régie de l'assurance maladie du Québec ou de fournir une preuve de résidence pour établir l'admissibilité. Toute personne qui réside ou qui séjourne au Québec doit être inscrite à la Régie de l'assurance maladie du Québec pour être admissible au régime d'assurance maladie.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

L'inscription à l'assurance hospitalisation n'est pas nécessaire; il suffit d'être inscrit à la Régie de l'assurance maladie du Québec ou de fournir une preuve de résidence pour établir l'admissibilité.

3.3 Autres catégories de personnes

Les services reçus par les membres réguliers des Forces canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada et les détenus des pénitenciers fédéraux ne sont pas assurés par le régime. Aucune prime n'est perçue.

Certaines catégories de résidents, notamment les résidents permanents au sens de la *Loi sur l'immigration* et ceux qui s'établissent à nouveau au Canada deviennent admissibles au régime après un délai d'attente pouvant aller jusqu'à trois mois. Les personnes qui reçoivent des prestations d'aide financière de derniers recours deviennent admissibles dès leur inscription. Les membres des Forces canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada qui n'ont pas acquis la qualité d'habitants du Québec et les détenus des pénitenciers fédéraux, deviennent bénéficiaires dès le premier jour de leur élargissement ou de leur libération. Une couverture immédiate est fournie à certains travailleurs saisonniers, aux Canadiens rapatriés, aux ressortissants étrangers qui séjournent au Québec en vertu d'un programme officiel de bourses d'études ou de stages dans le cadre d'un programme officiel du ministère de l'Éducation, ainsi qu'aux réfugiés. Les ressortissants étrangers qui détiennent un permis de travail et qui séjournent au Québec pour y occuper une charge ou un emploi pour une période de plus de six mois deviennent admissibles au régime après un délai d'attente.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Une personne qui s'établit au Québec après avoir quitté une province canadienne devient bénéficiaire du régime d'assurance maladie du Québec lorsqu'elle cesse d'avoir droit aux bénéfices de la province d'origine, pour autant qu'elle s'inscrive à la Régie.

4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

Lorsqu'ils séjournent 183 jours ou plus à l'extérieur du Québec dans une province ou un territoire, les étudiants et les stagiaires à temps complet et sans rémunération peuvent conserver leur statut de résident du Québec dans le premier cas pendant au plus quatre années civiles consécutives et dans le deuxième cas, pendant au plus deux années civiles consécutives.

Il en est de même pour les personnes qui séjournent dans une autre province ou un territoire pour y occuper un emploi temporaire ou exécuter un contrat. Leur statut de résident peut être conservé pendant au plus deux années civiles consécutives.

Les personnes qui occupent un emploi ou exécutent un contrat hors du Québec dans une autre province ou un territoire pour le compte d'une société ou d'une corporation ayant son siège social ou une place d'affaires au Québec dont elles relèvent directement ou qui sont à l'emploi du gouvernement fédéral et en service hors du Québec maintiennent également leur statut d'habitant de la province pourvu que leur famille demeure au Québec ou qu'elles y conservent une habitation.

Maintiennent également leur statut d'habitant de la province les personnes qui séjournent à l'extérieur 183 jours ou plus sans excéder 12 mois au cours d'une même année civile, à condition que cette absence n'ait lieu qu'une fois tous les sept ans et pourvu qu'elles en avisent la Régie.

Les coûts des services médicaux reçus par un bénéficiaire dans une autre province ou un territoire sont remboursés au moindre montant, soit le montant effectivement payé ou celui qui aurait été payé par la Régie pour de tels services au Québec. Cependant, le Québec a négocié une entente permanente avec l'Ontario de façon à ce que les médecins d'Ottawa soient rémunérés selon le barème ontarien lorsqu'ils dispensent des soins en cas d'urgence et lorsque les services spécialisés fournis ne sont pas offerts dans la région de l'Outaouais. Cette entente est entrée en vigueur le 1er novembre 1989. Une entente semblable a été signée en décembre 1991 entre le Centre de santé Témiscaming et North Bay.

Les coûts des services hospitaliers reçus par un bénéficiaire dans une autre province ou un territoire sont remboursés selon les termes de l'accord interprovincial de facturation réciproque en matière d'assurance hospitalisation, convenu entre les provinces et territoires du Canada. Ces coûts sont remboursés soit au taux établi pour l'hospitalisation en salle et approuvé par la province ou territoire d'accueil, ou au tarif interprovincial approuvé s'il s'agit de services de consultation externe ou d'intervention coûteux. Toutefois, depuis le 1er novembre 1995, lorsqu'un habitant de l'Outaouais est hospitalisé dans un centre hospitalier d'Ottawa pour des soins non urgents ou des services disponibles dans l'Outaouais, le gouvernement du Québec rembourse un montant maximal de 450 $ par jour d'hospitalisation.

Une personne assurée qui quitte le Québec pour s'établir dans une autre province ou territoire du Canada demeure bénéficiaire jusqu'à concurrence de trois mois après son départ.

4.3 Couverture durant des absences temporaires (hors du Canada)

Les étudiants, les stagiaires non rémunérés, les fonctionnaires québécois en poste à l'étranger et les employés d'un organisme sans but lucratif oeuvrant dans le cadre d'un programme d'aide ou de coopération internationale reconnu par le ministre de la Santé et des Services sociaux doivent communiquer avec la Régie pour déterminer leur admissibilité. Si la Régie leur reconnaît un statut particulier, ils sont remboursés en totalité pour les frais hospitaliers en cas d'urgence ou de maladie subite et à 75 pourcent dans les autres cas.

Les personnes qui occupent un emploi ou exécutent un contrat hors du Canada, pour le compte d'une

société ou d'une corporation ayant son siège social ou une place d'affaires au Québec dont elles relèvent directement, ou qui sont à l'emploi du gouvernement fédéral et en service hors du Québec maintiennent également leur statut d'habitant de la province pourvu que leur famille demeure au Québec ou qu'elles y conservent une habitation.

Depuis le 1er septembre 1996, les services hospitaliers dispensés à l'extérieur du Canada en situation d'urgence ou de maladie subite sont remboursés par la Régie, généralement en dollars canadiens, jusqu'à concurrence de 100 $CA par jour s'il y a eu hospitalisation, y compris dans le cas d'une chirurgie d'un jour, ou de 50 $CA par jour pour les soins dispensés sur une base externe.

Toutefois, les traitements d'hémodialyse sont payés jusqu'à concurrence de 220 $CA par traitement. Dans ces cas, la Régie rembourse les services professionnels associés. Les services doivent être dispensés dans un hôpital ou un centre hospitalier reconnu et agréé par les autorités compétentes. Aucun remboursement n'est effectué pour des maisons de repos, des stations thermales ou d'autres endroits analogues.

Les services assurés rendus par les médecins, les dentistes, les chirurgiens buccodentaires et les optométristes sont remboursés au tarif qui aurait été payé par la Régie à un professionnel de la santé reconnu du Québec, jusqu'à concurrence des frais réellement assumés. Tous les services assurés dans la province sont remboursés au tarif du Québec, habituellement en dollars canadiens, lorsqu'ils sont dispensés à l'étranger.

Une personne assurée qui quitte le Québec pour s'établir en permanence dans un autre pays cesse, dès le jour de son départ, d'être bénéficiaire.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Les personnes assurées qui doivent recevoir à l'étranger des services médicaux en milieu hospitalier qui ne sont pas offerts au Québec ou au Canada sont remboursés à cent pour cent avec autorisation préalable pour les services médicaux et hospitaliers répondant à certaines conditions. Les responsables du régime n'accordent pas leur consentement si le service médical en question est offert au Québec ou au Canada.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Toute personne a le droit de recevoir des services de santé adéquats sans discrimination d'aucune sorte. Les médecins québécois ne pratiquent pas la surfacturation.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Au 31 mars 2008, le Québec comptait 117 établissements assumant une mission de centre hospitalier pour une clientèle souffrant de maladie aiguë. À la même date, on comptait 20 400 lits de soins physiques et psychiatriques de courte durée au permis de ces établissements. Par ailleurs, dans les établissements hospitaliers du Québec, il y a eu entre le 1er avril 2007 et le 31 mars 2008 716 191 admissions pour des séjours de courte durée (incluant les nouveaunés) et 307 246 inscriptions en chirurgie d'un jour. Ces hospitalisations ont représenté 5 124 049 jours d'hospitalisation.

Restructuration du réseau de la santé : en novembre 2003, le Québec annonçait la mise en place des réseaux locaux de services (RLS) couvrant l'ensemble du territoire du Québec. Au coeur de chacun des réseaux locaux se trouve une nouvelle instance locale, le Centre de santé et de services sociaux (CSSS), résultant de la fusion des établissements publics qui avaient pour mission les services de CLSC, l'hébergement et les soins de longue durée (i.e. les CHSLD) et, dans la plupart des cas, les services hospitaliers de proximité. Les CSSS doivent aussi offrir à la population de leur territoire l'accès aux autres services médicaux, aux services hospitaliers

généraux et spécialisés, de même qu'aux services sociaux. Pour ce faire, ils devront conclure des ententes de services avec d'autres organisations du secteur de la santé. Le maillage des services au sein d'un territoire constitue le réseau local de services. Ainsi, les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux intégrés visent à amener tous les intervenants d'un même territoire à se porter collectivement responsables de la santé et du bien-être de la population de leur territoire.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Soins primaires : en 2003-2004, des Groupes de médecine de famille (GMF) ont été établis et travaillent en étroite collaboration avec les CSSS et les autres ressources du réseau pour offrir des services allant de l'évaluation de l'état de santé à la prise en charge et au suivi, au diagnostic et au traitement des problèmes aigus et chroniques et à la prévention des maladies. Leurs services sont accessibles 24 heures par jour, sept jours par semaine. En avril 2008, le Québec comptait 160 GMF accrédités sur son territoire.

De son côté, le Conseil médical du Québec a formé un comité chargé de donner une signification à la notion de ratio médecin/population, puisque les comparaisons interprovinciales suggèrent que le Québec est bien nanti en nombre de médecins.

5.4 Rémunération des médecins

Les médecins sont rémunérés selon les tarifs prévus et négociés. Les médecins désengagés sont rémunérés directement par le patient selon le barème des honoraires après que celui-ci ait été payé par la Régie. Les médecins non participants sont rémunérés directement par le patient selon le tarif exigé.

La rémunération raisonnable pour tous les services de santé assurés dispensés par les professionnels de la santé est établie par la loi. Le ministre peut conclure une entente avec les organismes représentatifs de toute catégorie de professionnels de la santé. Cette entente peut prévoir un taux de rémunération différent pour la fourniture des services médicaux dans un territoire où les effectifs de la santé sont considérés comme insuffisants. Le ministre peut aussi prévoir un taux de rémunération différent pour les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes durant les premières années d'exercice selon le territoire ou l'activité en cause. Ces dispositions font suite à la consultation menée auprès des organismes représentatifs des groupes professionnels.

La plupart des médecins exercent leur profession en conformité avec le régime provincial, mais le Québec permet deux autres options : celle des professionnels désengagés qui exercent leur profession en dehors des cadres du régime, mais qui acceptent d'être rémunérés suivant le tarif prévu par l'entente provinciale, et celle des professionnels non participants qui exercent leur profession en dehors des cadres du régime, de sorte que ni eux ni leurs patients ne reçoivent de remboursement de la Régie.

En 2007-2008, la Régie a versé un montant évalué à 3 654,7 millions de dollars aux médecins de la province, alors que le montant évalué pour les services médicaux hors de la province s'élevait à 9,7 millions de dollars.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Le financement d'un centre hospitalier par le ministre de la Santé et des Services sociaux s'effectue par l'entremise de paiements en rapport avec le coût des services assurés fournis.

Les paiements versés en 2006-2007 aux établissements ayant mission de centre hospitalier pour les services de santé assurés fournis aux habitants du Québec se sont élevés à plus de 8,2 milliards de dollars, et les paiements versés aux centres hospitaliers de l'extérieur se sont élevés à environ 118,9 millions de dollars.

7.0 Services complémentaires de santé

Des soins intermédiaires, des soins aux adultes en établissement et des soins à domicile sont offerts. Les admissions sont coordonnées localement ou régionalement et sont fondées sur un outil d'évaluation unique. Les CSSS reçoivent les candidats, évaluent leurs besoins en matière de santé et prennent des dispositions en vue de la prestation de services, comme les programmes de centre de jour ou les soins à domicile, ou orientent ces personnes vers les organismes appropriés.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux offre certains services de soins à domicile qui comprennent les services de soins infirmiers et d'aide, les services d'aides familiales et la surveillance médicale.

Le Québec s'assure que les établissements ayant une mission de soins de longue durée, de même que les unités de soins prolongés des hôpitaux de soins de courte durée, mettent l'accent sur le maintien de l'autonomie et des capacités fonctionnelles de leurs clients en leur fournissant toute une gamme de programmes et de services, y compris des soins de santé.

Ontario

Introduction

L'Ontario a un des systèmes de santé financés par l'État les plus importants et les plus complexes au monde. Ce système est administré par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLD), et ses dépenses (y compris les dépenses d'immobilisations) ont dépassé 37,9 milliards de dollars en 2007-2008.

Le Ministère offre des services au public grâce notamment aux programmes suivants : assurance-maladie, prestations pharmaceutiques, appareils et accessoires fonctionnels, santé mentale dans le contexte judiciaire, logement supervisé, soins de longue durée, soins à domicile, santé communautaire et publique ainsi que promotion de la santé et prévention des maladies. Il réglemente également les hôpitaux et les maisons de soins infirmiers, administre les laboratoires médicaux et coordonne les services de soins d'urgence.

Le Ministère a établi 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) qui planifieront, intégreront et financeront les services de santé dans leur région pour le compte des fournisseurs de soins de santé. Tandis que les RLISS doivent gérer le système local de soins de santé, le Ministère est responsable de l'établissement d'une orientation stratégique générale et de priorités pour le système de santé provincial.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le Régime d'assurance-maladie de l'Ontario (RAMO) est géré sans but lucratif par le MSSLD. Il a été établi en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, lois refondues de l'Ontario, 1990, ch. H-6, pour offrir une assurance à l'égard des coûts des services assurés fournis dans les hôpitaux et les établissements de santé et par les médecins et les autres professionnels de la santé.

1.2 Liens hiérarchiques

Aux termes de la *Loi sur l'assurance-santé*, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée est responsable de l'administration et de l'application du RAMO, et il est l'autorité publique pour l'Ontario aux fins de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS).

1.3 Vérification des comptes

Le Bureau du vérificateur général de la province effectue une vérification annuelle du MSSLD. Le rapport annuel de 2007 du vérificateur général a été publié le 11 décembre 2007.

Les comptes et les transactions du MSSLD sont publiés annuellement dans les Comptes publics de l'Ontario. Les Comptes publics de l'Ontario de 2007-2008 ont été diffusés le 25 août 2008.

1.4 Organisme désigné

Des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) ont été établis en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* afin d'améliorer la santé des Ontariens par un meilleur accès à des services de santé de haute qualité, des soins de santé coordonnés et la gestion efficace et efficiente du système de santé au niveau local.

Depuis le 1er avril 2007, les RLISS sont entièrement responsables du financement, de la planification et de l'intégration des services de soins de santé à l'échelle locale.

Les RLISS sont des organismes d'État sans but lucratif qui planifieront, intégreront et financeront les services de santé locaux dispensés par les hôpitaux, les centres d'accès aux soins communautaires, les foyers de soins de longue durée, les centres de santé communautaire, les organismes de soutien communautaire et les organismes de santé mentale. La *Loi* oblige les RLISS à préparer un rapport annuel à l'intention du ministre, qui doit déposer les rapports à l'Assemblée législative.

Pour l'exercice financier 2007-2008, le MSSLD de l'Ontario a conclu une entente de responsabilisation avec chaque RLISS dans laquelle seront spécifiés les buts et les objectifs de rendement des réseaux ainsi que les affectations de chaque prestataire de services de santé. La *Loi* confère aussi aux RLISS le pouvoir de financer les prestataires de services de santé et de conclure des ententes de responsabilisation avec eux.

La *Loi sur l'intégration du système de santé local* reconnaît les obligations du MSSLD aux termes de la *Loi sur les services en français*; cette dernière garantit un accès équitable à des services en français pour les Ontariens d'expression française.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

La *Loi sur l'assurance-santé* et son *Règlement 552* régissent les services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés et aux malades externes en Ontario.

Les services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés comprennent les services médicalement nécessaires suivants : l'utilisation des salles d'opération, des salles d'accouchement et des services d'anesthésie; les services infirmiers nécessaires; les actes de laboratoire, de radiologie ou autres actes de diagnostic; les produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes; l'hébergement et les repas en salle commune.

Les services hospitaliers assurés aux malades externes comprennent les services médicalement nécessaires suivants : les actes de laboratoire, de radiologie ou autres actes de diagnostic; l'utilisation des installations de radiothérapie, d'ergothérapie, de physiothérapie et d'orthophonie, là où elles sont disponibles; l'utilisation des services de conseils diététiques; l'usage des salles d'opération, des installations d'anesthésie, des fournitures chirurgicales, des services infirmiers nécessaires ainsi que la fourniture des médicaments, des produits biologiques et des préparations connexes (sous réserve de certaines exceptions), y compris les vaccins, les médicaments anticancéreux, les produits biologiques et les préparations connexes (sous réserve de certaines exceptions); l'équipement, les fournitures et les médicaments fournis aux patients hémophiles pour usage à la maison; les médicaments suivants pour usage à la maison : la cyclosporine fournie aux patients greffés; la zidovudine, la didanosine, la zalcitabine et la pentamidine fournies aux patients infectés par le VIH; les hormones de croissance humaines biosynthétiques fournies aux patients souffrant de déficience en hormones de croissance endogènes; les médicaments destinés au traitement de la fibrose kystique et de la thalassémie; l'érythropoïétine fournie aux patients souffrant d'anémie à la phase terminale d'une maladie rénale; l'alglucérase administrée aux patients souffrant de la maladie de Gaucher; la clozapine fournie aux patients souffrant d'une forme de schizophrénie résistante au traitement; la vertéporfine pour soigner les patients atteints de néovascularisation choroïdale sous-fovéale principalement classique consécutive à une dégénérescence maculaire liée à l'âge, au présumé syndrome d'histoplasmose oculaire ou à une myopie pathologique.

En 2007-2008, il y avait 150 hôpitaux publics (excluant les hôpitaux de santé mentale spécialisés, les hôpitaux privés, les hôpitaux psychiatriques provinciaux, les hôpitaux fédéraux et les établissements de soins de longue durée) dotés en personnel en Ontario, dont 132 hôpitaux de soins actifs,

14 hôpitaux pour malades chroniques et quatre unités de réadaptation générale et spécialisée. Bien qu'ils offrent une combinaison de services, les hôpitaux sont classés par activité principale. Par exemple, beaucoup d'hôpitaux de soins actifs offrent des services de soins pour malades chroniques, tandis qu'un certain nombre d'établissements pour malades chroniques désignés offrent aussi des services de réadaptation.

Lorsque des services médicaux assurés sont fournis dans des établissements de santé agréés autres que les hôpitaux et que leur coût total n'est pas compris dans les honoraires médicaux payés en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, le MSSLD finance les frais d'établissement en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*. Les frais d'établissement comprennent le coût des installations, de l'équipement, des fournitures et du personnel utilisés pour offrir un service assuré. En vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*, il est interdit de facturer les frais d'établissement aux patients.

Seuls les établissements agréés en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes* peuvent facturer les frais d'établissement au gouvernement provincial. Ces établissements agréés comprennent notamment des établissements de traitement et de chirurgie (où sont pratiqués des avortements, des opérations de la cataracte, des dialyses, des chirurgies esthétiques à visée non cosmétique, etc.) et des établissements de diagnostic (où sont offerts des services de radiographie, d'échographie, de médecine nucléaire, d'études du sommeil et d'exploration fonctionnelle pulmonaire). La création d'un nouvel établissement passe habituellement par un processus de demandes de propositions lancé à la suite d'une évaluation des besoins.

2.2 Services médicaux assurés

La *Loi sur l'assur... ce-santé* et son *Règlement* régit les services médicaux assurés.

En vertu du paragraphe 37.1(1) du *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé*, en Ontario, un service dont la prestation est assurée par un médecin constitue un service assuré s'il est médicalement nécessaire, s'il figure dans le barème des prestations pour les services médicaux et s'il est fourni dans les circonstances ou conditions spécifiées dans ce barème. Les médecins assurent la prestation des services médicaux, chirurgicaux et diagnostiques, y compris des services de santé primaires. Les services sont offerts dans une variété de cadres, y compris les cabinets privés, les centres de santé communautaire, les hôpitaux, les établissements psychiatriques, les établissements de santé autonomes autorisés et les foyers de soins de longue durée.

En termes généraux, les services médicaux assurés sont les suivants : le diagnostic et le traitement des incapacités médicales et des états pathologiques; les examens et les tests médicaux; les actes chirurgicaux; les soins de maternité; l'anesthésie; la radiologie et les services de laboratoire offerts dans des établissements approuvés; les vaccinations, les injections et les tests.

Le barème des prestations fait régulièrement l'objet d'un examen et d'une révision afin de tenir compte de la pratique actuelle de la médecine et des nouvelles technologies. Des services peuvent être ajoutés, les services actuels peuvent être révisés et les services désuets peuvent être éliminés par le truchement d'une modification réglementaire. Ce processus prévoit la consultation de l'Association médicale de l'Ontario.

En 2007-2008, les médecins pouvaient, aux termes de l'article 15 de la *Loi sur l'assurance-santé*, présenter directement au bureau du RAMO leurs réclamations à l'égard de tous les services assurés fournis aux assurés, ou un nombre limité d'entre eux pouvaient faire payer la personne assurée (voir également la Partie II de la *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*). Le terme « désengagés » désigne généralement les médecins qui ne facturent pas directement le RAMO. Un médecin désengagé facture le service au patient (sans dépasser le montant du barème des prestations), qui peut ensuite se faire rembourser par le RAMO. Toutefois, la *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*, promulguée le 23 septembre 2004, a restreint à un nombre

fixe (sur la base d'une clause de maintien des droits acquis) le nombre de médecins qui pouvaient se retirer du régime.

Pour exercer en Ontario, un médecin doit être inscrit au tableau de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario.

Environ 23 900 médecins ont soumis des réclamations au RAMO en 2007-2008. Ces chiffres comprennent les réclamations de médecins rémunérés à l'acte et les réclamations de médecins faisant partie d'autres régimes de rémunération qui ont soumis des déclarations de facturation pro forma ou fictive.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Certains services de chirurgie dentaire sont établis en tant que services assurés à l'article 16 du *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé* et dans le barème des prestations dentaires. La *Loi sur l'assurance-santé* autorise le RAMO à couvrir un nombre limité de procédures quand le service assuré est médicalement nécessaire, fourni dans un hôpital public coté d'après la *Loi sur les hôpitaux publics* en tant que groupe A, B, C ou D et exécuté par un chirurgien-dentiste qui fait partie du personnel dentaire de l'hôpital public.

En 2007-2008, le nombre de dentistes et de chirurgiens stomatologistes ayant fourni des services assurés s'établissait à environ 315.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services prévus et fournis conformément à la *Loi sur l'assurance-santé* et à son *Règlement* sont assurés.

Les services hospitaliers non assurés incluent les frais supplémentaires des chambres privées ou semi-privées sauf si elles sont prescrites par un médecin, un chirurgien stomatologiste, un spécialiste de la chirurgie buccale et maxillo-faciale ou une sage-femme; le téléphone et la télévision; les frais associés aux services d'une infirmière particulière; la fourniture de médicaments à emporter à la maison, avec certaines exceptions; les visites à un hôpital de la province de malades externes à seule fin de recevoir des médicaments, sous réserve de certaines exceptions.

L'article 24 du *Règlement 552* énumère les services médicaux qui sont expressément désignés comme non assurés.

Les services médicaux non assurés comprennent les services non médicalement nécessaires; les frais d'appels interurbains; la préparation ou la fourniture d'un médicament, d'un antigène, d'un antisérum ou d'une autre substance, à moins que ce soit pour faciliter un acte; les conseils donnés par téléphone à la demande de l'assuré ou d'une personne qui la représente; les entrevues ou les conférences au sujet d'un cas, dans certaines circonstances; l'établissement et la transmission des dossiers à la demande de l'assuré; un service reçu totalement ou en partie en vue d'établir ou de remplir un document ou de communiquer des renseignements à un tiers dans des circonstances spécifiées; l'établissement ou l'achèvement d'un document ou la communication de renseignements à toute personne autre que l'assuré, dans des circonstances spécifiées; la remise d'une ordonnance sans qu'un service assuré concomitant ne soit rendu; les traitements d'acupuncture; les tests psychologiques; les programmes de recherche et d'essai; et les traitements expérimentaux.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité

Pour être résident de l'Ontario au titre du Régime d'assurance-maladie et avoir droit à la couverture, il faut :

- être citoyen canadien ou avoir le statut d'immigrant prescrit au *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé*;

- résider habituellement en Ontario, ce qui signifie :
  - établir sa résidence permanente principale en Ontario;
  - sous réserve d'exceptions restreintes, être physiquement présent en Ontario pendant au moins 153 jours par période de 12 mois;
- pour la plupart des nouveaux résidents ou résidents de retour dans la province, être physiquement présents en Ontario pendant 153 des 183 premiers jours suivant la date à laquelle la résidence a été établie en Ontario (autrement dit, une personne ne peut être absente de la province plus de 30 jours au cours de ses six premiers mois de résidence).

Sauf quelques exceptions où une exemption au délai de résidence est prévue, les résidents de l'Ontario, au sens du *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé*, ont droit à la couverture du régime après une période d'attente de trois mois. L'évaluation pour déterminer si ce délai s'applique s'effectue lorsque la personne présente une demande d'inscription au régime d'assurance. Par exemple, les personnes exemptées de la période d'attente de trois mois sont les nouveau-nés nés en Ontario et les résidents assurés d'une autre province ou d'un territoire qui déménagent en Ontario et deviennent immédiatement pensionnaires de foyers de bienfaisance pour personnes âgées, de foyers municipaux pour personnes âgées ou de maisons de soins infirmiers en Ontario.

La *Loi de 2007 sur l'équité pour les familles des militaires (normes d'emploi et assurance-santé)* a été adoptée le 3 décembre 2007 et a modifié la *Loi sur l'assurance-santé*, exemptant les membres admissibles des familles militaires (épouses et enfants à charge des membres actifs des Forces canadiennes) de la période d'attente pour obtenir la couverture du régime d'assurance-maladie de la province lorsqu'ils établissent leur résidence en Ontario.

N'est pas admissible à la couverture du régime quiconque ne répond pas à la définition de résident de l'Ontario, y compris quiconque n'a pas le statut d'immigrant conformément au *Règlement 552*, par exemple un touriste, une personne de passage ou une personne en visite dans la province. D'autres catégories de personnes, comme les détenus des pénitenciers fédéraux, les membres des Forces canadiennes et le personnel gradé de la Gendarmerie royale canadienne, n'ont pas besoin d'être couvertes par le régime de l'Ontario, l'étant déjà par un régime de soins de santé fédéral.

Les personnes non admissibles dont le statut change (p. ex. changement du statut d'immigrant) peuvent le devenir en présentant une demande, sous réserve de satisfaire aux exigences du *Règlement 552*.

S'il est déterminé qu'une personne n'est pas ou n'est plus admissible à la couverture du régime de l'Ontario, une demande de révision de la décision peut être soumise au MSSLD. Toute personne peut faire une telle demande de révision en s'adressant par écrit au directeur général du RAMO.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Tout résident de l'Ontario (ou la personne légalement autorisée à prendre des décisions à sa place) qui désire être couvert par le Régime d'assurance-maladie de la province doit présenter une demande.

Une carte santé est délivrée aux résidents admissibles qui envoient une demande, à condition qu'ils respectent les exigences d'admissibilité aux termes du *Règlement 552*. Les personnes admissibles doivent présenter leur demande dès qu'elles établissent leur résidence permanente et principale dans la province.

Le 21 avril 2008, le MSSLD, en partenariat avec le ministère des Services gouvernementaux, a transféré la prestation des services d'inscription à la carte santé à Service Ontario. Service Ontario gère maintenant le réseau des services d'inscription à la carte santé à l'échelle de la province. Le MSSLD demeure responsable des politiques et des programmes liés à l'assurance-maladie, dont la gestion des politiques et des programmes d'inscription à la carte santé.

Les inscriptions se font par le biais des services locaux de carte santé de Service Ontario – bureaux du RAMO. Les demandeurs doivent remplir et signer un formulaire de demande d'inscription au Régime d'assurance-maladie de l'Ontario et fournir les documents originaux attestant de leur statut de citoyens canadiens ou d'immigrants admissibles, de l'établissement de leur résidence en Ontario et de leur identité. Les demandeurs admissibles âgés de plus de 15 ans et demi doivent permettre la saisie de leur photographie et de leur signature, qui seront apposées sur leur carte santé.

Chaque carte santé avec photo affiche une date d'expiration dans le coin inférieur droit. Le MSSLD poste les avis de renouvellement à l'intention des personnes inscrites quelques semaines avant la date de renouvellement de la carte.

Le MSSLD est le seul payeur des services médicaux, hospitaliers et de chirurgie dentaire assurés du RAMO. Un résident de l'Ontario admissible ne peut s'inscrire à un autre régime d'assurance ni obtenir de ce régime des prestations à l'égard de services assurés par le RAMO (sauf au cours d'une période d'attente).

En date du 1er avril 2008, environ 12,7 millions de résidents de l'Ontario étaient inscrits au RAMO et avaient une carte santé valide et active.

3.3 Autres catégories de personnes

Le MSSLD fournit la couverture du régime à d'autres résidents de l'Ontario qui ne sont ni citoyens canadiens ni résidents permanents (immigrants reçus). Ces résidents doivent fournir des documents acceptables attestant de leur statut d'immigrant admissible, de l'établissement de leur résidence en Ontario et de leur identité, comme les demandeurs qui sont citoyens canadiens ou résidents permanents (immigrants reçus).

Les personnes suivantes qui résident habituellement en Ontario peuvent être admissibles à la couverture du Régime d'assurance-maladie de l'Ontario conformément au *Règlement 552* et à la politique en vigueur du Ministère. Les clients qui présentent une demande de couverture aux termes d'une des catégories ci-après devraient communiquer avec les services locaux de carte santé de Service Ontario – bureau du RAMO pour obtenir des précisions.

Demandeurs du statut de résident permanent ou demandeurs du droit d'établissement : Ce sont les personnes qui ont présenté une demande de statut de résident permanent ou d'immigrant à Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) et qui ont satisfait aux exigences médicales de CIC.

Réfugiés au sens de la Convention et personnes protégées : Ce sont les personnes qui sont réputées être des réfugiés au sens de la Convention ou des personnes protégées au sens de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*. La période d'attente de trois mois ne s'applique pas à ce groupe de personnes.

Titulaires de permis de résidence temporaire ou de permis ministériels : Citoyenneté et Immigration Canada délivre un permis de résidence temporaire ou un permis ministériel à une personne quand il existe des raisons impérieuses d'accepter la personne au Canada, qui serait autrement inadmissible en vertu de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* du gouvernement fédéral. Chaque permis de résidence temporaire ou permis ministériel affiche un type de cas, ou désignation numérique, qui indique les circonstances autorisant l'entrée de la personne au Canada. Les personnes qui détiennent un permis correspondant aux types de cas 86, 87, 88, 89 ou 80 (si pour l'adoption) sont admissibles à la couverture de l'assurance-maladie de l'Ontario. Les personnes qui détiennent un permis correspondant aux types de cas 80 (sauf l'adoption), 81, 84, 85, 90, 91, 92, 93, 94, 95 et 96 ne sont pas admissibles à la couverture du RAMO.

Ecclésiastiques, travailleurs étrangers et membres de leurs familles les accompagnant : Un ecclésiastique étranger admissible est une personne qui est parrainée par une organisation ou une confession religieuse et qui a conclu une entente pour exercer son ministère auprès d'une congrégation religieuse en Ontario pendant au moins six mois consécutifs.

Un travailleur étranger est une personne qui a conclu un contrat de travail avec un employeur canadien situé en Ontario et qui a reçu de Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) un permis de travail ou une autorisation d'emploi qui fait nommément mention de l'employeur canadien, établit la profession que la personne se propose d'exercer et a été délivré pour une période d'au moins six mois.

Les conjoints, les partenaires de même sexe et les enfants à charge (âgés de moins de 22 ans, ou de 22 ans et plus à charge en raison d'une incapacité mentale ou physique) d'un ecclésiastique étranger ou d'un travailleur étranger admissible sont également admissibles à la couverture du RAMO si l'ecclésiastique ou le travailleur étranger doit être employé en Ontario pendant au moins trois années consécutives et si le membre de la famille doit résider habituellement en Ontario.

Aides familiaux résidents : Les aides familiaux résidents admissibles sont les personnes qui possèdent un permis de travail ou une autorisation d'emploi valide en vertu du Programme concernant les aides familiaux résidants (PAFR) ou de l'ancien Programme concernant les employés de maison étrangers (PEME) administrés par CIC, et qui résident habituellement en Ontario. Pour les travailleurs du PAFR ou du PEME, il n'est pas obligatoire que le permis de travail ou l'autorisation d'emploi énumère les trois conditions d'emploi particulières requises visant tous les autres travailleurs étrangers.

Travailleurs agricoles migrants : Les travailleurs agricoles migrants sont des personnes qui détiennent un permis de travail ou une autorisation d'emploi en vertu du Programme des travailleurs saisonniers agricoles des Antilles, du Commonwealth et du Mexique administré par Citoyenneté et Immigration Canada. En raison de la nature particulière de leur emploi, les travailleurs agricoles migrants sont exemptés de la période d'attente de trois mois. Ils n'ont pas besoin d'être résidents pendant une période minimale de cinq mois, ni d'avoir une résidence permanente en Ontario, pour être admissibles au RAMO.

3.4 Primes

Le paiement de primes n'est pas une condition à remplir pour obtenir la couverture du RAMO. La contribution-santé de l'Ontario est prélevée par le système d'impôt sur le revenu provincial et n'est d'aucune façon liée à l'inscription ou à l'admissibilité à l'assurance-maladie. La responsabilité de l'administration de la contribution-santé de l'Ontario incombe au ministre des Finances de l'Ontario.

4.0 Transférabilité

4.1 Période d'attente minimale

Conformément au paragraphe 3(3) du *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé*, les personnes qui déménagent en Ontario sont normalement admissibles à la couverture du RAMO trois mois après l'établissement de leur résidence dans la province, à moins que les exceptions prévues au paragraphe 3(4) du *Règlement 552* ne s'appliquent.

Conformément à l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité, les personnes qui déménagent de façon permanente en Ontario en provenance d'une autre province ou d'un territoire du Canada seront normalement admissibles à la couverture du RAMO à compter du premier jour du troisième mois suivant l'établissement de leur résidence.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Les services assurés fournis à l'extérieur de la province sont spécifiés aux articles 28, 29 à 32 du *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé*.

L'Ontario respecte les conditions de l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité, qui prévoit que les résidents assurés de l'Ontario temporairement absents de la province peuvent utiliser leur carte

santé de l'Ontario pour obtenir des services médicaux et hospitaliers assurés ailleurs au Canada.

Un assuré qui quitte temporairement l'Ontario pour voyager au Canada sans établir sa résidence dans une autre province ou un territoire peut continuer d'être couvert pendant une période maximale de 12 mois.

Un assuré qui cherche ou accepte un emploi dans une autre province ou un territoire peut continuer d'être couvert par le RAMO pendant une période maximale de 12 mois. Si la personne prévoit rester à l'extérieur de l'Ontario plus de 12 mois, elle doit demander une couverture dans la province ou le territoire où elle cherche ou occupe un emploi.

Les étudiants assurés qui sont temporairement absents de l'Ontario, mais qui demeurent au Canada, peuvent être admissibles à une couverture d'assurance continue pendant la durée de leurs études à temps plein à la condition de ne pas établir leur résidence permanente ailleurs durant cette période. Pour rester admissibles au RAMO, les étudiants doivent fournir au MSSLD de la documentation de leur établissement d'enseignement confirmant qu'ils sont inscrits à temps plein. Les membres de leur famille (conjoint ou conjointe et enfants à charge) qui les accompagnent dans une autre province ou un territoire pendant la durée de leurs études sont également admissibles à une couverture continue.

Conformément à la politique du MSSLD, la plupart des résidents assurés qui désirent voyager, travailler ou étudier en dehors de l'Ontario, mais au Canada, et conserver la couverture du RAMO, doivent avoir résidé dans la province pendant au moins 153 jours au cours de la période de 12 mois précédant immédiatement leur départ de l'Ontario.

L'Ontario participe aux ententes de facturation réciproque des services hospitaliers aux malades hospitalisés et externes conclues entre toutes les provinces et les territoires. Le paiement est fait au taux d'hospitalisation en vigueur dans la province ou le territoire où le malade a été hospitalisé. Dans le cas des consultations externes, l'Ontario paie les frais standards autorisés par le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé.

L'Ontario participe également aux ententes de facturation réciproque des services médicaux assurés conclues entre les provinces et les territoires à l'exception du Québec (qui n'a signé aucune entente de facturation réciproque des services médicaux avec une autre province ou un territoire). Les résidents de l'Ontario qui peuvent être tenus de payer les services médicaux reçus au Québec peuvent présenter leurs reçus au MSSLD pour que ces services leur soient remboursés à titre de services assurés aux taux en vigueur en Ontario.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'extérieur du Canada

Les dispositions qui régissent la couverture du Régime d'assurance-maladie durant des absences prolongées à l'étranger de résidents assurés de l'Ontario sont les articles 28.1 à 29 (inclusivement) et l'article 31 du *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé*.

Aux termes des paragraphes 1.1(3), 1.1(4), 1.1(5) et 1.1(6) du *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé*, le MSSLD peut fournir aux résidents de l'Ontario assurés la couverture continue du RAMO pendant des séjours à l'étranger excédant 212 jours (sept mois) par période de 12 mois.

Le Ministère exige que les résidents demandent cette couverture au MSSLD avant leur départ et qu'ils fournissent des documents expliquant les raisons de leur séjour à l'étranger. Conformément à la réglementation et à la politique du MSSLD, la plupart des demandeurs doivent également avoir résidé habituellement en Ontario au moins 153 jours pendant chacune des deux périodes consécutives de 12 mois précédant la date prévue de leur départ.

La période pendant laquelle le MSSLD fournira à une personne la couverture continue du Régime d'assurance-maladie de l'Ontario durant une

absence prolongée à l'étranger varie en fonction de la raison de l'absence, comme suit :

Raison	Couverture du RAMO
Études	Durée du programme d'études agréé à temps plein (illimité)
Travail	Périodes de cinq ans
Travail de missionnaire	Durée des activités de missionnaire (illimité)
Vacances/autres	Jusqu'à deux ans à vie

Certains membres de la famille peuvent également avoir droit à la couverture du RAMO lorsqu'ils accompagnent le demandeur principal au cours d'un séjour prolongé à l'étranger. Le bureau local du RAMO est l'organisme à contacter pour obtenir de plus amples renseignements.

Les services fournis à l'étranger sont couverts en vertu des articles 28.1 à 28.6 inclusivement et des articles 29 et 31 du *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé*.

Depuis le 1er septembre 1995, les frais des services hospitaliers d'urgence fournis à l'étranger sont remboursés au taux quotidien fixé par l'Ontario, à savoir :

- un maximum de 400 $ canadiens pour les services aux malades hospitalisés;
- un maximum de 50 $ canadiens pour les services aux malades externes (sauf dans le cas de la dialyse);
- le coût réel de chaque traitement de dialyse engagé par le patient.

Au cours de 2007-2008, les services d'urgence médicalement nécessaires rendus à l'étranger par des médecins ont été remboursés aux taux de l'Ontario prévus dans la réglementation d'application de la *Loi sur l'assurance-santé* ou, au taux facturé, si ce dernier était inférieur. Les frais de services d'urgence médicalement nécessaires ou de services fournis à l'étranger à des malades hospitalisés ou externes sont remboursés seulement lorsqu'ils ont été rendus dans un hôpital agréé ou approuvé ou dans un établissement de santé agréé. Les services de laboratoire médicalement nécessaires fournis à l'étranger dans une situation d'urgence sont remboursés : au taux calculé selon la formule édictée à l'alinéa 29(1)b) du *Règlement* ou au taux correspondant au montant facturé si ce dernier est inférieur, lorsqu'ils sont rendus par un médecin; au taux calculé selon la formule édictée à l'article 31 du *Règlement*, lorsqu'ils sont rendus par un laboratoire. Les chiffres pour 2007-2008 représentant les paiements pour les services hospitaliers et médicaux d'urgence assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés ou externes ne sont pas disponibles.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Aux termes de l'article 28.4 du *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé*, il est nécessaire d'obtenir une approbation préalable pour le paiement de services de santé non urgents à l'étranger avant que les services médicaux soient fournis. Le patient peut avoir droit à la couverture complète de services de santé reçus à l'étranger lorsqu'un traitement médicalement accepté n'est pas disponible en Ontario ou que le délai d'obtention du traitement est tel qu'il peut causer des lésions tissulaires irréversibles significatives du point de vue médical ou mettre la vie du patient en danger.

En vertu de l'article 28.5 du *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé*, les analyses de laboratoire effectuées à l'étranger sont remboursées, après avoir été préalablement approuvées par le MSSLD, dans les conditions suivantes :

- ce genre de service ou de test n'est pas disponible en Ontario;
- le service ou le test est habituellement accepté en Ontario pour une personne se trouvant dans la même situation que l'assuré;
- le service ou le test n'est pas effectué à titre expérimental;
- le service ou le test n'est pas effectué à des fins de recherche.

En 2007-2008, les paiements totaux versés pour des traitements préalablement approuvés reçus à l'étranger s'élevaient à 101,4 millions de dollars.

Il n'y a pas de processus d'approbation préalable officiel dans le cas de services fournis aux résidents de l'Ontario à l'extérieur de la province, mais à l'intérieur du Canada, si le service assuré est couvert par le système de facturation réciproque des services hospitaliers. Tous les instruments et médicaments assurés ou approuvés à des fins d'essais cliniques (à titre expérimental) sont aux frais du patient, ou doivent d'abord être approuvés par la province de résidence. Conformément à ce qui est indiqué à la section 4.2, l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité garantit aux résidents de l'Ontario qui s'absentent temporairement dans une autre province pour voyager, travailler ou étudier qu'ils sont toujours admissibles à la couverture du RAMO.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Tous les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés sont disponibles pour les résidents de l'Ontario selon des modalités uniformes.

Tous les assurés ont droit à tous les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés, au sens de la *Loi sur l'assurance-santé* et des règlements applicables.

L'accessibilité aux services assurés est protégée en vertu de la partie II, « Accessibilité aux services de santé », de la *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*. Cette *Loi* interdit à une personne ou à une entité d'accepter ou de demander d'autres honoraires ou avantages que le montant exigible du RAMO. Elle interdit également aux médecins, aux praticiens et aux hôpitaux de refuser de fournir un service assuré à un assuré qui choisit de ne pas payer un service non assuré. En outre, une personne ou une entité ne peut faire de paiements ni offrir ou recevoir des honoraires ou un autre avantage quelconque en échange d'un accès privilégié à un service assuré.

Le MSSLD fait enquête sur toutes les infractions possibles à la Partie II de la *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé* qui sont portées à son attention. Si le Ministère découvre qu'un patient a effectué un paiement non autorisé, il s'assure que le montant est remboursé au patient en question.

Le MSSLD a mis en œuvre un système de validation des numéros de carte santé pour aider les patients et les fournisseurs de soins sur les plans de l'accès aux services et du paiement des réclamations. Les fournisseurs de soins peuvent demander des privilèges de validation leur permettant de vérifier l'admissibilité d'un patient et le numéro/code de version de sa carte santé. Si un patient sans carte santé en sa possession a besoin de services de santé, le fournisseur de soins peut obtenir les renseignements nécessaires en présentant au MSSLD un formulaire de divulgation de numéro de carte santé signé par le patient. Un processus accéléré d'obtention du numéro de carte santé d'un patient incapable de le fournir et qui a besoin d'un traitement d'urgence est offert dans les salles d'urgence par le truchement du service de consultation des numéros de carte santé.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Les hôpitaux publics ontariens n'ont pas le droit de refuser l'admission d'un patient si un tel refus mettrait la vie de la personne en danger.

En 2007-2008, il y avait 150 hôpitaux publics en service et dotés en personnel dans la province, dont les unités pour malades chroniques, les unités de soins généraux et les unités de réadaptation spéciale. Le nombre de jours d'hospitalisation dans les hôpitaux publics s'établissait comme suit : 6 947 381 pour les soins actifs, 1 929 221 pour les soins aux malades chroniques et 775 379 pour les soins de réadaptation.

Au niveau des soins actifs, les services prioritaires sont les services hospitaliers très spécialisés qui

permettent d'intervenir lorsqu'un état pathologique met la vie du patient en danger. Ils sont souvent onéreux, et leur nombre croît rapidement, ce qui rend l'accès préoccupant. De façon générale, ils sont gérés à l'échelle provinciale, pour une période de temps donnée.

Les services prioritaires de soins actifs incluent ce qui suit :

- certains services cardiovasculaires;
- certains services d'oncothérapie;
- services liés aux maladies chroniques du rein;
- services de soins intensifs;
- dons d'organes et de tissus et transplantations d'organes.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

En 2007-2008, le MSSLD a mené les initiatives suivantes afin d'améliorer l'accès aux services médicaux :

Programme des services aux régions insuffisamment desservies (PSRID) : Le PSRID est une des initiatives ou mesures du MSSLD qui aident les collectivités des diverses régions de la province à avoir accès aux services de soins de santé nécessaires. Il comporte diverses initiatives intégrées de recrutement et de maintien en poste des fournisseurs de soins de santé. Pour avoir droit aux prestations connexes, une région doit avoir été désignée comme étant insuffisamment desservie. En collaboration étroite avec les régions insuffisamment desservies, le PSRID détermine les besoins en matière de ressources humaines en santé. Il fournit des incitatifs financiers et des indemnités de pratique et donne à ces collectivités l'accès à des services de soins primaires dans des zones rurales plus petites qui ne peuvent garder de médecins de famille à temps plein en versant du financement pour faire fonctionner 21 postes de soins infirmiers et en donnant aussi accès à des services médicaux par le financement de services de médecins suppléants et de cliniques itinérantes dans des communautés nordiques faisant face à des pénuries de médecins. L'Ontario compte actuellement 139 collectivités désignées comme étant insuffisamment desservies par les omnipraticiens ou les médecins de famille. De plus, 14 collectivités du nord sont désignées comme étant insuffisamment desservies par les médecins spécialistes.

Initiative du maintien en poste des médecins dans le Nord : Cette initiative offre aux médecins de famille et aux spécialistes qui exercent dans le Nord de l'Ontario depuis au moins quatre ans un incitatif de maintien en poste et du financement destiné à la formation médicale continue.

Programme de subventions accordées aux résidents du Nord de l'Ontario pour frais de transport à des fins médicales (SRNOTM) : Ce programme subventionne une partie des frais des patients associés aux longs déplacements nécessaires pour recevoir des services hospitaliers et des services médicaux spécialisés assurés qui ne sont pas disponibles dans la localité; il favorise également le recours aux services de spécialistes disponibles dans le Nord de l'Ontario, ce qui encourage un plus grand nombre de spécialistes à exercer dans cette région et à y rester.

Soins de santé primaires : En 2007-2008, l'Ontario a continué d'aligner ses modèles de prestation, en place ou nouveaux, afin d'améliorer et d'étendre l'accès aux soins de santé primaires pour tous les Ontariens par des mesures comme : l'accès, après les heures normales de travail, à un service téléphonique de triage, à des renseignements en matière de santé et à des médecins en disponibilité (au besoin) au moyen du Telephone Health Advisory Service (THAS); une meilleure couverture après les heures normales de bureau et des initiatives de soins préventifs qui améliorent la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prise en charge des maladies chroniques. En date du 31 mars 2008, environ 8,2 millions de patients étaient clients de 6 918 médecins exerçant dans le cadre de divers modèles de prestation, dont le Modèle des soins

intégrés (MSI), les Groupes de santé familiale (GSF), les Réseaux de santé familiale (RSF), les Organismes de services de santé familiaux (OSSF), l'Entente collective des médecins des régions rurales et du nord (RNPGA), et les Centres de santé communautaire. Certaines ententes négociées sont en place pour s'occuper d'autres populations présentant des besoins particuliers, notamment les sans-abri, les collectivités éloignées des Premières nations, les patients en soins palliatifs et les patientes des centres de maternité. Un autre modèle est en cours d'élaboration; il permettra de reconnaître et de rémunérer les médecins d'après le caractère unique de leur pratique dans des spécialités comme le VIH, l'oncologie, les soins palliatifs et les soins aux aînés. Dans le cadre du remaniement de son système de soins de santé, l'Ontario a atteint son but de créer 150 Équipes de santé familiale, lesquelles sont à divers stades de développement et de mise en œuvre. Lorsqu'elles seront toutes fonctionnelles, ces 150 Équipes devraient faciliter l'accès aux soins primaires pour plus de 2,5 millions d'Ontariens de 112 communautés.

5.4 Rémunération des médecins

Les médecins sont rémunérés selon divers modes pour les services qu'ils fournissent. Certains sont rémunérés à l'acte, et la rémunération est celle du barème des prestations, conformément à la *Loi sur l'assurance-santé*. D'autres sont rémunérés dans le cadre du Programme des autres modes de paiement ou selon le modèle prévu pour les médecins des centres de santé universitaires.

Trente-six pour cent des omnipraticiens inscrits de l'Ontario sont rémunérés à l'acte seulement. Les autres reçoivent le financement fourni dans le cadre d'initiatives de soins de santé primaires, comme les Organisations de santé familiale, les Réseaux de santé familiale, les Groupes de santé familiale, les Modèles de soins intégrés et les Équipes de santé familiale – modèle fondé sur les salaires pondérés. Le modèle des Équipes de santé familiale s'inspire des modèles financés existants de médecins de soins primaires en ce sens qu'il prévoit le financement de professionnels des soins de santé primaires de diverses disciplines qui font partie intégrante des Équipes. Les médecins qui font partie d'Équipes de santé familiale sont financés selon un des trois modes de rémunération suivants : capitation mixte (comme les RSF ou les OSF), modèles fondés sur l'effectif (RNPGA ou d'autres ententes types spécialisées) et le modèle fondé sur les salaires pondérés (pour les ESF communautaires).

Le MSSLD négocie les taux de rémunération, les incitatifs et autres changements du barème des prestations pour les services médicaux avec l'Association médicale de l'Ontario. Une entente quadriennale allant d'avril 2004 à mars 2008 a été conclue avec l'Association. Elle prévoit une augmentation générale de 2 p. 100 pour les spécialistes et de 2,5 p. 100 pour les omnipraticiens et les médecins de famille, à compter du 1er avril 2004. Des augmentations pour certains codes de service ont également été mises en place entre le 1er octobre 2005 et le 1er juin 2008.

Les seuils de paiements sont éliminés à compter du 1er avril 2005. De plus, cette entente : accroît l'accès aux soins dans les collectivités rurales par de nouveaux fonds destinés à appuyer les spécialistes en milieu hospitalier dans le nord; améliore les soins aux aînés en prévoyant de nouveaux honoraires pour les services de garde (maisons de soins de longue durée, soins à domicile et soins palliatifs); appuie les soins hospitaliers par une couverture accrue des services de garde et l'augmentation des honoraires des spécialistes pour la prestation de soins hospitaliers ainsi que par de nouveaux honoraires pour les médecins de famille qui prennent leurs patients en charge dans les services d'urgence; soutient la promotion de la santé et la prévention des maladies par des honoraires spéciaux pour la prise en charge de certaines maladies chroniques; favorise l'accès aux services de soins de santé primaires par des honoraires spéciaux pour prendre en charge des patients seuls ou sans médecin de famille; investit dans des initiatives visant à amener des médecins en Ontario; améliore la qualité de vie des médecins

en augmentant les prestations des congés parentaux et de maternité.

En vertu de l'entente, les parties ont commencé à se rencontrer en avril 2007 pour évaluer l'atteinte des objectifs fixés aux termes de celle-ci.

Une nouvelle entente a été conclue qui est actuellement au stade de mise en œuvre.

En ce qui a trait aux services de chirurgie dentaire assurés, le MSSLD négocie les changements du barème des prestations avec l'Association dentaire de l'Ontario. En 2002-2003, le MSSLD et l'Association ont convenu d'un accord de financement pluriannuel des services dentaires. Cet accord, en vigueur depuis le 1er avril 2003, a pris fin le 31 mars 2007. Les dispositions de l'accord continueront de s'appliquer jusqu'à ce que les parties aient signé un nouveau contrat.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Le système budgétaire de l'Ontario est un système de remboursement prospectif qui tient compte de l'augmentation de la charge de travail, des coûts des services prioritaires de la province, des stratégies de réduction des temps d'attente et des coûts associés à une croissance du volume de services supérieure à la moyenne dans certaines régions. Les paiements sont versés aux hôpitaux deux fois par mois.

Depuis le 1er avril 2007, les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) possèdent le pouvoir de financer les hôpitaux en Ontario. Les RLISS mènent les négociations relatives aux ententes de responsabilisation des services hospitaliers et supervisent le processus de présentation pour la planification annuelle des services hospitaliers. Les paiements aux hôpitaux sont établis d'après les allocations globales historiques et comportent l'allocation de fonds supplémentaires selon la croissance de la population et les prévisions en matière de demande de services, dans le cadre du budget provincial disponible.

Chaque année, les hôpitaux publics présentent aux RLISS un plan hospitalier qui est le résultat de vastes consultations au sein des établissements (c'est-à-dire avec le personnel à tous les échelons, les syndicats, les médecins et le conseil) ainsi qu'au sein de la collectivité et de la région. Le plan hospitalier est fondé sur un budget pluriannuel et comprend une planification pluriannuelle correspondante. Les données présentées dans le plan sont utilisées pour remplir des tableaux de volumes de services et fixer des cibles de rendement qui forment la base contractuelle de l'entente de responsabilisation des hôpitaux.

Dans une entente de responsabilisation des hôpitaux entre le RLISS et l'hôpital, le rendement de l'hôpital est mesuré selon cinq indicateurs de rendement clés : la marge totale; le ratio du fonds de roulement; le pourcentage d'infirmières à plein temps; le risque relatif de réadmission; les indicateurs de la qualité des soins que reçoivent les malades chroniques. Le RLISS et l'hôpital examinent ensemble les indicateurs de rendement dans l'entente de responsabilisation et discutent des marges de tolérance (corridors) relatives à ces indicateurs.

Les ententes interprovinciales de facturation réciproque des services hospitaliers constituent des mesures administratives pratiques en vertu desquelles les gouvernements provinciaux et territoriaux remboursent les hôpitaux de leur province ou territoire pour des services assurés rendus à des patients dans une autre province ou un autre territoire.

Le MSSLD examine chaque année la réglementation et les tarifs, en ce qui concerne la quote-part exigée pour les services de soins de longue durée, en tenant compte des changements dans l'indice des prix à la consommation et dans les prestations de la Sécurité de la vieillesse. Il détermine alors s'il y a lieu de modifier la réglementation et les tarifs.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le gouvernement de l'Ontario a reconnu publiquement la contribution fédérale au titre du Transfert canadien en matière de santé dans ses publications de 2007-2008.

7.0 Services complémentaires de santé

7.1 Soins intermédiaires en maison de repos et soins en établissement pour adultes

Les foyers de soins de longue durée fournissent des soins, des services de soutien à la personne et de l'hébergement aux personnes qui ne sont plus en mesure de vivre de façon autonome. Des soins infirmiers sont disponibles 24 heures sur 24. Par ailleurs, les résidents ont parfois besoin de supervision sur place, de soins personnels et de surveillance pour veiller à leur sécurité et à leur bien-être. L'atmosphère chaleureuse vise à favoriser la meilleure qualité de vie possible. À l'heure actuelle, le MSSLD, par l'entremise des RLISS, finance tous les foyers de soins de longue durée autorisés ou approuvés en vertu de trois lois distinctes : la *Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos*, la *Loi sur les maisons de soins infirmiers* et la *Loi sur les établissements de bienfaisance*. Le MSSLD conserve la responsabilité de la conformité, des inspections et de l'application des diverses *Lois*.

La nouvelle *Loi sur les foyers de soins de longue durée* de 2007 a obtenu la sanction royale le 4 juin 2007. Lorsqu'elle est entrée en vigueur, elle a remplacé les trois lois déjà en vigueur. La *Loi* prévoit un cadre législatif pour permettre une plus grande gestion et une meilleure qualité des services pour un secteur croissant qui évolue rapidement. Les règlements à l'appui de la mise en application de la nouvelle *Loi* sont en cours d'élaboration. La nouvelle *Loi* permettra aussi une meilleure planification en fonction des besoins de la population nécessitant des services résidentiels appropriés fournis dans un foyer de soins de longue durée.

En date du 31 juillet 2008, il y avait environ 622 foyers de soins de longue durée, offrant 75 972 lits, soit 268 foyers sans but lucratif (maisons de soins infirmiers municipales et établissements de bienfaisance sans but lucratif) et 354 foyers de soins infirmiers à but lucratif.

Les foyers de soins de longue durée offrent davantage de soins personnels et infirmiers que dans les maisons de retraite ou les logements supervisés. Pour obtenir une place dans un foyer de soins de longue durée, il faut être admissible à ce service. Les Centres d'accès aux soins communautaires sont les seuls responsables de la coordination des places attribuées.

Le MSSLD réglemente le secteur des foyers de soins de longue durée par l'entremise de son Programme de gestion de la conformité conçu pour protéger les droits, la sécurité, la qualité des soins et la qualité de vie des pensionnaires. Le Ministère se sert de ce programme pour surveiller et inspecter les foyers de soins de longue durée et vérifier comment ils se conforment à la loi, à la réglementation, aux normes, aux critères et aux conventions de services. Au besoin, il a recours à des mesures coercitives pour assurer la conformité.

Le 1er août 2005, de nouveaux règlements sont entrés en vigueur; ils visent à s'assurer qu'au moins une infirmière autorisée se trouve sur place et est de service dans tous les foyers de soins de longue durée en tout temps. Depuis le 1er janvier 2006, tous les foyers de longue durée doivent appliquer deux nouvelles normes : soins de la peau et traitement des plaies; soins de continence. Les inspecteurs du Ministère ont commencé à vérifier la conformité aux nouvelles normes le 1er avril 2006.

Le site Web public du Ministère comprenant les rapports sur les foyers de soins de longue durée donne de l'information sur tous les foyers de soins de longue durée de l'Ontario, y compris des rapports sur les profils des foyers, les résultats des vérifications de la conformité et les activités de vérification des plaintes sur une période de douze mois.

En août 2007, le Ministère a engagé les services de M^me^ Shirlee Sharkey afin qu'elle formule des conseils indépendants en matière de dotation et de normes de soins pour les foyers de soins de longue durée en Ontario. M^me^ Sharkey a terminé son examen et a présenté son rapport final, *People Caring for People: Impacting the Quality of Life and Care of Residents of Long-Term Care Homes* (Des gens qui prennent soin des gens : incidence sur la qualité de vie et les soins des résidents des foyers de soins de longue durée). Le rapport de M^me^ Sharkey, publié le 17 juin 2008, contient 11 recommandations concernant le renforcement de la capacité et de la responsabilisation du personnel en vue de mieux répondre aux besoins du secteur des foyers de soins de longue durée.

Le Ministère a publiquement accepté en principe les recommandations formulées par M^me^ Sharkey. En outre, le Ministère a annoncé que :

- M^me^ Sharkey a accepté de présider une équipe de mise en œuvre afin de faciliter l'application des recommandations formulées dans son rapport sur la dotation et les soins, et a accepté de recommander les domaines clés des soins en établissement qui nécessitent l'établissement de règlements en application de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*.
- Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé (COQSS) a été chargé d'évaluer la qualité des soins et la satisfaction des résidents dans les foyers de soins de longue durée et d'en rendre compte publiquement.

7.2 Services de soins à domicile

Les programmes de soins à domicile et en milieu communautaire de l'Ontario offrent une gamme de services favorisant l'autonomie à domicile ou en milieu de soins communautaires. Ces services sont assurés par les Centres d'accès aux soins communautaires (CASC) et des organismes de services communautaires.

Les CASC simplifient l'accès des résidents admissibles de tous âges de l'Ontario aux soins à domicile et en milieu communautaire; prennent des dispositions pour assurer la prestation des services de soins à domicile aux personnes chez elles, dans leurs écoles et dans leurs collectivités; déterminent l'admissibilité, gèrent les listes d'attente et autorisent l'admission aux foyers publics de soins de longue durée. Les services fournis par les CASC sont gratuits.

Les CASC sont responsables des aspects suivants :

- fournir ou acheter une gamme de services communautaires au nom des clients admissibles. Ces services comprennent les soins infirmiers, les soins d'hygiène personnelle, l'entretien ménager, la physiothérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, le travail social, la diététique, les fournitures médicales et les pansements, le matériel d'hôpital ou de chambre de malade, l'aide pour obtenir une carte d'assurance-médicaments, les services de laboratoire et de diagnostic et le transport pour aller chez le médecin ou à l'hôpital;
- évaluer les besoins individuels et déterminer l'admissibilité aux services de santé professionnels, d'entretien ménager et d'aide personnelle fournis à domicile et dans la collectivité; évaluer et déterminer aussi si des enfants et des adolescents qui vont à l'école publique, privée ou qui reçoivent leur enseignement à la maison sont admissibles à des services de santé professionnels, et si des enfants et des adolescents qui vont à l'école privée ou qui reçoivent leur enseignement à la maison sont admissibles à des services d'aide personnelle;

- établir des plans de service;
- réévaluer les besoins des personnes et revoir le plan de service lorsque les besoins ont changé;
- renseigner également le public sur les services de soins à domicile ou en milieu communautaire, et l'aiguiller vers ces ressources;
- gérer le processus de demande de propositions en vue de l'achat de services pour les clients.

Les principales lois qui s'appliquent aux CASC sont les suivantes : la *Loi de 1994 sur les soins de longue durée*; la *Loi sur l'assurance-santé*; la *Loi de 2001 sur les sociétés d'accès aux soins communautaires*; la *Loi sur les maisons de soins infirmiers*; la *Loi sur les établissements de bienfaisance*; la *Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos*; la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*; la *Loi sur les services en français*. Chaque CASC doit aussi connaître toutes les autres lois applicables, dont notamment la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*; la *Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui*; la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*; la *Loi de 1998 sur les commissions d'appel et de révision du ministère de la Santé*.

Les organismes de services communautaires assurent des services de soutien comme les services de relève, les services de bénévoles qui visitent les foyers de personnes âgées, les services pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, les services d'entretien ménager, les services de soins auxiliaires, les programmes de jour pour adultes, les services de soutien des soignants, les services de repas, les services d'entretien et de réparation du domicile, les services de visites amicales, les services de vérification de la sécurité et de réconfort, les services sociaux et récréatifs, les services de transport bénévole, les services de consultation et d'éducation dans le domaine des soins palliatifs ainsi que les services aux personnes handicapées physiques, comme les services d'auxiliaires, le financement direct et les services spéciaux pour les aveugles et les personnes malentendantes. Certains de ces services communautaires sont également offerts à des clients par l'intermédiaire de programmes d'aide à la vie autonome dans des logements supervisés, tandis que d'autres services sont spécialement destinés aux clients présentant des lésions cérébrales acquises. Ces services communautaires sont fournis en vertu de la *Loi de 1994 sur les soins de longue durée* par des organismes communautaires sans but lucratif qui font appel à une multitude de bénévoles; ils sont financés par le MSSLD.

La stratégie provinciale en matière de soins de fin de vie aide à remplacer l'hospitalisation, s'il y a lieu, par des services de soins à domicile rendus possibles par des avancées dans les pratiques thérapeutiques et une planification concertée entre tous les secteurs des soins de santé. Les objectifs de la stratégie sont les suivants : déplacer les soins aux mourants d'un milieu de soins actifs vers un autre cadre approprié en fonction des préférences individuelles; favoriser ou créer une capacité de services de soins de fin de vie centrés sur le client et de nature interdisciplinaire; améliorer l'accessibilité et la coordination ou l'uniformité des services de soins de fin de vie complets. Les services en fin de vie sont fournis à la maison ou en milieu communautaire par les CASC, les organismes de soutien communautaire et les hospices.

7.3 Services de soins ambulatoires

Les Centres de santé communautaire sont des organismes de paiements de transfert qui sont régis par des conseils d'administration sans but lucratif constitués en personne morale et qui se composent de membres de la communauté desservie par le Centre. Ils sont ainsi nommés parce qu'ils sont établis par la collectivité et que leurs programmes et services répondent aux besoins recensés par celle-ci. Les services sont fournis par des équipes multidisciplinaires de médecins, d'infirmières praticiennes, d'infirmières, de conseillers, de diététistes, de thérapeutes, de travailleurs de la santé en milieu communautaire et de personnel responsable de la promotion de la santé. Les Centres de santé communautaire offrent des services de soins de santé primaires

complets ainsi que des programmes de groupe et des programmes communautaires, dont des services éducatifs aux diabétiques, des programmes parents-enfants, des cuisines communautaires et des services d'intervention auprès des jeunes. Ils fonctionnent dans un cadre de santé de la population accordant une importance égale à la prestation de soins de santé primaires complets et aux services de prévention des maladies et de promotion de la santé.

Les Centres de santé communautaire définissent les groupes prioritaires qui formeront leur clientèle et qui sont habituellement les personnes pour qui la culture, la langue, le niveau d'alphabétisation, l'âge, l'isolement géographique, le statut socio-économique, les incapacités, l'état de santé mentale et l'itinérance constituent des obstacles à l'accès. Ils établissent des partenariats avec d'autres fournisseurs de services pour améliorer l'accès aux soins, promouvoir une bonne intégration des services et renforcer la capacité d'une collectivité de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé dans leurs collectivités.

Les services sont fournis par le biais de 54 Centres de santé communautaire, dans plus de 80 emplacements offrant la gamme complète des services. Il y a 27 Centres de santé communautaire dans les grandes villes, 14 dans de plus petites villes et 13 dans les collectivités rurales ou du nord. Aucune loi particulière ne régit ces Centres.

Auparavant, pour qu'un Centre de santé communautaire soit mis sur pied, il fallait que des groupes en manifestent le désir, d'où la répartition inégale de ces Centres et les écarts importants dans la disponibilité des services entre les diverses régions de la province. De 2004 à 2008, le gouvernement élargit le réseau des Centres de santé communautaire par l'ajout de 22 nouveaux Centres et de 27 Centres satellites. Cette expansion visera les collectivités comptant des groupes à risque élevé ayant difficilement accès aux services. Lorsqu'elle sera terminée, la plupart des écarts les plus importants dans la disponibilité des services devraient avoir été corrigés.

Personnes inscrites					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#)	12 200 000	12 400 000	12 500 000 [1]	12 600 000 [1]	12 700 000 [1]

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**	**2007-2008**
2. Nombre (#) :					
a. soins actifs	135	135	134	132	132
b. soins chroniques	13	13	14	14	14
c. soins de réadaptation	4	4	4	4	4
d. autres	3	3	4	4	4
e. total	155 [2]	155 [2]	156 [2]	154 [2]	154 [2]
3. Paiement des services de santé assurés ($) :					
a. soins actifs	n.d. [3]	n.d. [3]	n.d. [3]	n.d. [3]	n.d. [3]
b. soins chroniques	n.d. [3]	n.d. [3]	n.d. [3]	n.d. [3]	n.d. [3]
c. soins de réadaptation	n.d. [3]	n.d. [3]	n.d. [3]	n.d. [3]	n.d. [3]
d. autres	n.d. [3]	n.d. [3]	n.d. [3]	n.d. [3]	n.d. [3]
e. total	10 300 000 000	12 300 000 000	12 700 000 000	13 500 000 000	14 032 000 000
Établissements privés à but lucratif	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**	**2007-2008**
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#) :					
a. installations chirurgicales	n.d. [4]	n.d. [4]	n.d. [4]	n.d. [4]	n.d. [4]
b. établissements d'imagerie diagnostique	n.d. [4]	n.d. [4]	n.d. [4]	n.d. [4]	n.d. [4]
c. total	n.d. [4]	n.d. [4]	n.d. [4]	n.d. [4]	n.d. [4]
5. Paiement des services de santé assurés donnés par des établissements privés à but lucratif ($) :					
a. installations chirurgicales	n.d. [4]	n.d. [4]	n.d. [4]	n.d. [4]	n.d. [4]
b. établissements d'imagerie diagnostique	n.d. [4]	n.d. [4]	n.d. [4]	n.d. [4]	n.d. [4]
c. total	n.d. [4]	n.d. [4]	n.d. [4]	n.d. [4]	n.d. [4]

1. Ces estimations représentent le nombre de cartes d'assurance-santé valides et actives (résidents présentement admissibles ayant présenté une demande au cours des sept dernières années).
2. Exclut les hôpitaux psychiatriques provinciaux; les hôpitaux de santé mentale spécialisés sont déclarés à 2(d) – Autres.
3. Les établissements en Ontario tendent à être mixtes (soins actifs et de longue durée et soins de longue durée et de réadaptation) et seule une minorité d'établissements sont du genre patient unique. Le classement par type d'établissement ne donne qu'un échantillon restreint, sous-estimant les montants réellement dépensés pour les lits de soins de longue durée et de réadaptation.
4. « Au MSSLD, les données ne sont pas recueillies dans un seul système. De plus, le Ministère n'est pas capable de catégoriser les fournisseurs ou les établissements comme étant « à but lucratif » parce qu'il ne possède pas les états financiers contenant les détails du débours, par les prestataires, des revenus du Ministère. »

Services hospitaliers assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
6. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	9 023	8 184	8 374	8 037	7 130
7. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	63 000 000	52 000 000	54 000 000	49 870 000	45 712 000
8. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	167 143	154 460	174 848	139 036	166 373
9. Paiements totaux, consultations externes ($)	20 000 000	23 000 000	29 100 000	25 576 000	31 052 000
Services hospitaliers assurés offerts à l'extérieur du Canada					
10. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	21 458	21 710	23 845	20 800	n.d.
11. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	32 000 000	42 466 826	66 916 271	76 828 432 [5]	n.d. [5]
12. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	n.d. [6]	n.d. [6]	n.d. [6]	n.d. [6]	n.d. [6]
13. Paiements totaux, consultations externes ($)	n.d. [7]	n.d. [7]	n.d. [7]	n.d. [7]	n.d. [7]

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
14. Nombre de médecins participants (#) :					
a. omnipraticiens	10 611	10 660	10 774	11 114	11 288
b. spécialistes	10 703	11 016	11 460	12 087	12 571
c. autres	n.d. [8]	n.d. [8]	n.d. [8]	n.d. [8]	n.d. [8]
d. total	21 314	21 676	22 234	23 201	23 859
15. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#) :					
a. omnipraticiens	15	14	12	13	10
b. spécialistes	114	62	39	36	31
c. autres	n.d. [8]	n.d. [8]	n.d. [8]	n.d. [8]	n.d. [8]
d. total	129	76	51	49	40
16. Nombre de médecins qui ne participent pas (#) :					
a. omnipraticiens	n.d. [9]	n.d. [9]	n.d. [9]	n.d. [9]	n.d. [9]
b. spécialistes	n.d. [9]	n.d. [9]	n.d. [9]	n.d. [9]	n.d. [9]
c. autres	n.d. [9]	n.d. [9]	n.d. [9]	n.d. [9]	n.d. [9]
d. total	n.d. [9]	n.d. [9]	n.d. [9]	n.d. [9]	n.d. [9]
17. Services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement :					
a. nombre de services (#)	192 572 601 [10]	200 825 265 [10]	215 980 656 [10]	222 632 480 [10]	230 383 956 [10]
b. paiements totaux ($)	5 945 003 300 [10]	6 424 329 400 [10]	7 072 813 000 [10]	7 791 581 966 [10]	8 410 478 000 [10]
18. Services médicaux rémunérés à l'acte :					
a. nombre de services (#)	182 000 000	191 451 200	203 656 000	204 545 656	206 136 644
b. paiements totaux ($)	4 973 000 000	5 312 085 618	5 642 049 000	5 962 775 787	6 155 422 172

5. L'information n'était pas disponible au moment de l'impression.
6. Inclus au numéro 24.
7. Inclus au numéro 26.
8. Tous les médecins sont classés dans les catégories omnipraticien ou spécialiste.
9. L'Ontario n'a aucun médecin non participant, seulement des médecins qui ont opté pour le retrait du Régime d'assurance-maladie et qui sont indiqués au numéro 8.
10. Le nombre de services comprend les services fournis par les médecins de l'Ontario dans le cadre des programmes de paiement à l'acte, de soins primaires, des autres modes de paiement et des centres de santé universitaires. Les paiements totaux comprennent les paiements versés aux médecins de l'Ontario dans le cadre des programmes de paiement à l'acte, de soins primaires, des autres modes de paiement et des centres de santé universitaires ainsi que du programme d'appel des hôpitaux. Les services et les paiements liés aux programmes des autres praticiens, aux programmes hors du pays/hors de la province et aux laboratoires communautaires sont exclus.

Services médicaux assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
19. Nombre de services (#)	557 720	534 179	573 830	627 375	759 570
20. Paiements totaux ($)	18 600 000	20 300 000	21 164 600	23 754 500	25 180 900
Services médicaux assurés offerts à l'extérieur du Canada					
21. Nombre de services (#)	180 395	179 410	200 723	182 693	211 323
22. Paiements totaux ($)	9 900 000	11 635 998	13 211 381	19 351 944	37 901 297

Services chirurgicaux et dentaires assurés offerts dans la province ou le territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
23. Nombre de dentistes participants (#)	323	335	330	316	317
24. Nombre de services fournis (#)	72 900	86 000	87 111	92 264	91 540
25. Paiements totaux ($)	9 200 000	11 786 600	12 546 397	14 229 896	13 423 384

Manitoba

Introduction

Santé et Vie saine Manitoba fournit le leadership et le soutien nécessaires pour protéger, préserver et promouvoir la santé de tous les Manitobains. Le Ministère comprend six secteurs fonctionnels distincts, mais interdépendants : Soutien des programmes ministériels et provinciaux, Soins primaires et vie saine, Personnel de santé, Affaires régionales, Administration, finances et responsabilisation et Santé publique. Les mandats de ces secteurs découlent des lois et des politiques établies sur la santé et le mieux-être. Les rôles et responsabilités du Ministère sont d'élaborer des normes, des politiques et des programmes, de rendre des comptes sur le plan financier et d'évaluer les programmes.

Santé et Vie saine Manitoba a toujours à cœur de soutenir notre système de soins de santé universel, intégral et accessible et d'améliorer l'état de santé de tous les Manitobains. À l'appui de ces engagements, un certain nombre d'activités ont été entreprises en 2007-2008 :

- Le Manitoba a amélioré considérablement l'accès aux soins de santé en réduisant les listes d'attente et les délais d'attente dans les cinq domaines prioritaires du gouvernement fédéral : la chirurgie cardiaque, rétablissement de la vue, cancer, imagerie diagnostique et arthroplastie de la hanche et du genou; et dans les quatre domaines prioritaires de la province : prise en charge de la douleur, troubles du sommeil, chirurgie dentaire pédiatrique et santé mentale.
- Les Services médicaux d'urgence (SMU), en collaboration avec les Offices régionaux de la santé (ORS), ont terminé la Phase 1 et la Phase 2 de la stratégie de mise en œuvre du Centre de coordination des transports pour fins médicales (CCTM).
- Un service de gestion des catastrophes a été assuré grâce à des directives et à un appui opérationnel intensifs lors d'urgences telles que l'embâcle de Selkirk, l'évacuation au moment des inondations d'avril 2007 et la tornade de juin 2007 à Elie.
- Des progrès ont été réalisés dans le domaine de la santé publique grâce à la planification de la mise en œuvre à grande échelle d'une campagne de vaccination contre le papillomavirus (VPH); des maladies émergentes ont été abordées, comme le virus du Nil occidental et la maladie de Lyme, et une campagne de prévention et de sensibilisation multi-médias sur le diabète et les maladies chroniques a été mise en place.
- Des initiatives de renforcement des ressources humaines en santé ont fait en sorte que le nombre total de médecins au Manitoba s'élevait à 2 325 en date du 30 avril 2008 (un gain net de 290 médecins depuis 1997). En décembre 2007, 973 infirmières et infirmiers avaient reçu une aide à la réinstallation pour travailler au Manitoba et 496 avaient obtenu du financement pour des programmes de recyclage pour réintégrer l'effectif infirmier.

Le ministère de la Vie saine a continué de diriger et d'orienter la priorité ministérielle relative à la promotion de pratiques saines et à la prévention des maladies et des blessures grâce aux programmes suivants :

Écoles en santé

- Soutien accordé aux divisions scolaires, aux ORS et aux ressources locales pour les activités
- Renforcement de la campagne « Sensibilisation aux choix alimentaires sains… une alimentation réfléchie »
- Instauration de la politique sur l'alimentation dans les écoles

Manitoba en mouvement

- Campagne d'activité physique « En mouvement »
- Cinquante-cinq nouvelles écoles inscrites en tant qu'« écoles en santé » en mouvement, ce qui donne un total de 480 écoles

Prévention des blessures

- Prévention des blessures grâce à la remise de 12 884 casques de vélo économiques à des enfants manitobains, ce qui donne un total de 44 000 casques distribués à des Manitobains au cours des trois dernières années
- Appui accordé au programme de sécurité au foyer et de prévention des chutes SécurAide destiné aux aînés, en collaboration avec Justice Manitoba et le Secrétariat manitobain du mieux-être des personnes âgées et du vieillissement en santé
- Financement de soutien accordé au projet pilote de prévention des chutes et de dépistage des troubles de la vue, « Focus on Falls », du Centre de santé Misericordia

Sexualité saine

- Financement de trois autres cliniques pour adolescents
- Mise en place de tests de dépistage rapide du VIH au Centre de santé Nine Circles
- Financement pour répondre aux besoins de promotion de la santé sexuelle auprès des jeunes Autochtones du Nord

Le Manitoba a adopté un plan en cinq points de 155 millions de dollars en 2005 pour améliorer l'accès à des soins de qualité et réduire les temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires du gouvernement fédéral et dans quatre autres domaines propres au Manitoba. Le plan prévoit plus d'épreuves diagnostiques, plus d'interventions chirurgicales, plus de professionnels de la santé, des innovations dans le système ainsi qu'une gestion des temps d'attente, une prévention et une promotion de la santé améliorées.

Le Manitoba favorise et encourage les initiatives provinciales d'envergure visant l'amélioration de la qualité, dont la prestation de conseils et de soutien aux régions qui continuent d'appliquer les prescriptions législatives pour la déclaration et la gestion d'incidents critiques. Ce processus de déclaration obligatoire et d'apprentissage a pour objectif d'accroître la sécurité des patients en réduisant le risque de récurrence d'incidents critiques. En juin 2007, la ministre de la Santé Theresa Oswald a annoncé que la province et ses partenaires investiraient 3,6 millions de dollars pour construire un établissement d'apprentissage clinique et de simulation. Cet établissement ouvrira en 2008. Cet établissement de pointe permettra de regrouper des étudiants et des professionnels de la médecine, des soins infirmiers et des professions paramédicales pour s'exercer à accomplir des actes médicaux et chirurgicaux avant de prendre contact avec les patients. L'Institut pour la sécurité des patients du Manitoba (ISPM), créé en 2004, continue d'entreprendre diverses activités pour promouvoir, coordonner et stimuler la recherche et les initiatives favorisant la sécurité des patients et la qualité des soins. En voici un exemple : expansion planifiée de l'initiative sur les connaissances en matière de santé « Vous avez le droit de poser des questions », de manière à inclure des activités d'éducation et de sensibilisation sur la consommation sans danger des médicaments. Cette initiative offrira des outils pratiques destinés aux patients et aux fournisseurs de soins. Elle vise à améliorer la communication et à réduire les erreurs en matière de soins de santé et les incidents critiques. L'ISPM continue de diriger la synapse du Manitoba de la campagne « Soins de santé plus sécuritaires, maintenant! » et préside les ateliers provinciaux annuels sur la sécurité des patients ainsi que d'autres tribunes professionnelles et publiques. L'ISPM travaille à une autre initiative importante pour la consommation sans danger de médicaments, axée sur l'emploi d'abréviations.

Santé et Vie saine Manitoba a restructuré les programmes de médicaments provinciaux afin d'établir trois unités fonctionnelles – Gestion des programmes opérationnels, Services professionnels et Politique de gestion des médicaments – et de favoriser une gestion exhaustive, coordonnée et proactive des programmes de prestations pharmaceutiques pour les programmes publics de médicaments au Manitoba. L'Unité de gestion des programmes opérationnels est responsable des questions opérationnelles. L'Unité des services professionnels se concentre sur la gestion du formulaire et sur la mise en œuvre des stratégies d'intervention en gestion des médicaments. L'Unité de la politique de gestion des médicaments assure une capacité ciblée en matière de politiques et de planification pour les nouveaux enjeux de gestion et d'utilisation des médicaments. Plus précisément, cette Unité assume les tâches suivantes : élaborer des politiques et des stratégies qui visent à accroître l'efficience de la chaîne d'approvisionnement en médicaments et à améliorer les pratiques de prescription et l'utilisation des médicaments de manière à maximiser les résultats pour la santé, et en diriger la mise en œuvre; prévoir des améliorations au modèle du régime d'assurance-médicaments pour gérer les dépenses pharmaceutiques; mettre en place une capacité et appliquer des stratégies de communication efficaces par rapport au coût qui visent, premièrement, à transférer les connaissances et à sensibiliser davantage les prescripteurs, les fournisseurs de soins et les patients à la bonne utilisation des médicaments et, deuxièmement, à favoriser les consultations et le dialogue avec les intervenants. En 2007-2008, Santé et Vie saine Manitoba a continué à définir des buts et des objectifs pour les unités Gestion des programmes opérationnels et Services professionnels afin de préciser la mission, les buts et les objectifs déjà établis pour l'Unité de la politique de gestion des médicaments.

Le principe « vieillir chez soi » est au cœur de la planification de toutes les initiatives du gouvernement provincial en matière de logement et de soins de longue durée. Grâce à de meilleures options de maintien dans leur communauté, ou de « vieillissement chez soi », les Manitobains pourront continuer de contribuer à la vie sociale, civique et économique de la communauté. Le principe « vieillir chez soi » vise à préserver, chez les Manitobains de toutes cultures, la capacité à demeurer en sécurité dans leur communauté, et à profiter des interactions sociales, culturelles et spirituelles qu'ils connaissent et qui enrichissent leur vie, et ce malgré des problèmes de santé possibles. Dans les communautés autochtones du Nord, le principe « vieillir chez soi » favorise le respect de l'identité des individus et leur sens du soi au sein de leur communauté, que ce soit en milieu rural ou urbain ou dans les communautés nordiques ou autochtones. Ce principe soulève la nécessité d'offrir des options de logement abordables, avec des services de soutien, comme solutions de rechange au placement prématuré en foyer de soins personnels. La stratégie aborde les éléments qui se situent entre le maintien à domicile et la vie en foyer de soins personnels.

« Vieillir chez soi » est un mode de vie qui appuie les valeurs inhérentes suivantes :

- **Sécurité :** vivre à la maison où les risques ont été réduits
- **Souplesse :** adapter les services aux nouveaux besoins
- **Liberté de choix :** possibilité de choisir entre plusieurs options
- **Équité :** offrir un même accès à toutes les personnes âgées
- **Dignité :** offrir la capacité de conserver le sens de sa propre valeur, l'estime de soi et un sentiment d'humanité.

On s'attend à ce qu'en plus de favoriser l'autonomie dans la vie quotidienne, le soutien aux personnes pour qu'elles puissent demeurer dans leur communauté et vieillir chez elles optimisera leur bien-être et leur santé en général.

Fondée sur le principe « vieillir chez soi », la stratégie de soins de longue durée du Manitoba a été lancée

en 2006. Le fait d'offrir un plus grand nombre d'options de maintien dans la communauté, avec des services de soutien, procure des solutions de rechange au placement prématuré ou inopportun en foyer de soins personnels. Cela permet aux Manitobains de demeurer dans leur communauté pour profiter des interactions sociales, culturelles et spirituelles qu'ils connaissent et qui enrichissent leur vie, et ce malgré des problèmes de santé possibles. À l'heure actuelle, la stratégie soutient plus de 3 300 logements communautaires dans la province.

Des investissements en capital considérables ont été faits dans les établissements de soins de courte durée : réaménagement de la clinique d'ophtalmologie pédiatrique du Centre des sciences de la santé; programme communautaire de lutte contre le cancer au Centre de santé Deloraine; expansion du service d'hémodialyse à l'Hôpital général de Thompson; rénovations à l'Hôpital St. Anthony's (The Pas Health Complex); urgence/unité de soins spéciaux et unités de dialyse, programme externe de chimiothérapie et installations d'obstétrique à l'Hôpital Bethesda de Steinbach. De plus, on a entrepris la planification du réaménagement de l'hôpital des femmes au Centre des sciences de la Santé de Winnipeg. Le nouvel hôpital remplacera l'établissement actuel pour former un centre d'excellence provincial pour la santé des femmes; il offrira des soins de maternité ultramodernes et des soins médicaux et chirurgicaux de pointe pour les nouveau-nés et les femmes.

Les dépenses d'investissement dans des établissements de soins de longue durée comprennent un nouveau foyer de soins personnels de 80 lits, le River Park Gardens, situé à St. Vital, à Winnipeg.

Voici d'autres investissements en capital dans des programmes provinciaux : l'amélioration, l'agrandissement, la rénovation ou le réaménagement des locaux du Centre de santé de Swan River Valley, de l'Hôpital Sainte-Anne, de l'Hôpital Bethesda, de l'Hôpital St. Anthony et de l'Hôpital de Flin Flon; la création d'un nouveau centre de soins de santé à Wabowden; la poursuite de l'amélioration des services de réadaptation, avec la planification de la deuxième étape du projet de reconfiguration des services de réadaptation à l'ORSW; l'édifice des services de santé communautaire à Dauphin; le Centre de mieux-être Lourdeon à Notre-Dame-de-Lourdes; le remplacement du poste de soins infirmiers d'Ilford; une nouvelle résidence indépendante de cinq lits à Thompson pour les personnes ayant des lésions cérébrales acquises.

De gros investissements en capital ont aussi été faits en 2007-2008 dans les projets de construction continus suivants : rénovation de l'urgence à l'Hôpital Concordia; réaménagement de la salle d'urgence à l'Hôpital général Seven Oaks; première étape du réaménagement de l'urgence et de la clinique externe de l'Hôpital général Victoria; réaménagement de la salle d'urgence à l'Hôpital général du district de Portage; laboratoire de sommeil au Centre de santé Misericordia; Centre du mieux-être North End – bureau de soins de santé primaires; foyer de soins personnels de 100 lits à Neepawa; réaménagement du Centre de santé mentale Selkirk; établissement résidentiel de 24 lits pour le traitement des toxicomanies – établissement de soins résidentiels et d'extension des services à Thompson.

Le lancement d'un nouveau programme provincial visant à améliorer le dépistage du cancer colorectal chez certains groupes d'âge a été annoncé en janvier 2007. L'approbation a été donnée pour la mise en œuvre, le 1er avril 2007, du projet du Programme de dépistage du cancer colorectal, phase 1 d'un programme provincial; le projet devrait se terminer en octobre 2009. La première phase vise le groupe des Manitobains de 50 à 74 ans qui habitent sur le territoire des offices régionaux de la santé d'Assiniboine et de Winnipeg. Au total, 25 000 personnes, provenant autant de zones rurales que de centres urbains, seront invitées à participer au projet. En date du 30 juin 2008, 18 656 personnes avaient été invitées à participer, et les examens étaient terminés chez 1 811 d'entre elles. Le taux de participation était plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain. L'élargissement du programme est en cours.

Rôle et mission de Santé et Vie saine Manitoba

Le ministère de la Santé (Santé et Vie saine Manitoba) est un ministère hiérarchique au sein du gouvernement. Son fonctionnement est régi par les dispositions législatives et les responsabilités confiées aux ministres de la Santé et de la Vie saine. Les mandats officiels conférés par les lois, et ceux qui découlent de la nécessité d'agir face aux nouveaux problèmes de santé ou de soins de santé, servent de cadre à la planification et à la prestation des services.

Que les Manitobains puissent vivre en santé, grâce à une offre équilibrée de services de prévention et de soins de santé, telle est la vision de Santé et Vie saine Manitoba.

Santé et Vie saine Manitoba a pour mission de diriger un système de santé public viable, adapté aux besoins des Manitobains et qui favorise leur santé et leur bien-être. Pour l'accomplir, il compte sur une structure d'enveloppes globales, assorties de l'obligation de rendre des comptes sur les programmes, les politiques et la gestion financière, sur l'établissement de politiques gouvernementales judicieuses et sur la prestation de services de santé et de soins de santé pertinents et efficaces. Les services sont fournis par l'intermédiaire des systèmes de prestation régionaux, des hôpitaux et des autres établissements de soins de santé. De plus, le Ministère verse, au nom des Manitobains, des paiements au titre des services de santé assurés en ce qui concerne les soins médicaux, les soins hospitaliers, les soins personnels, les médicaments couverts par l'assurance-médicaments et d'autres services de santé.

Santé et Vie saine Manitoba a aussi pour rôle de favoriser l'innovation dans le système de santé. À cette fin, il se dote de mécanismes d'évaluation et de surveillance de la qualité, de l'utilisation et du rapport coût-efficacité des soins, fait la promotion de comportements et de milieux favorables à la santé et encourage la souplesse et l'adaptation aux besoins pour la prestation des services ainsi que le recours à des solutions de rechange moins coûteuses.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le Régime d'assurance-maladie du Manitoba est géré par le ministère de la Santé en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*, R.S.M. 1987, ch. H35. En 1992, des modifications importantes ont été apportées à la *Loi*[1] : la Commission des services de santé du Manitoba a été dissoute et tous ses biens et responsabilités ont été transférés à Santé et Vie saine Manitoba. Cette dissolution est entrée en vigueur le 31 mars 1993.

Le Régime d'assurance-maladie du Manitoba est géré conformément aux dispositions de la *Loi sur l'assurance-maladie* qui s'appliquent à la couverture des services hospitaliers, des soins personnels et des soins médicaux et autres services de santé assurés aux termes des lois provinciales ou de leurs règlements. La *Loi* a été modifiée le 1er janvier 1999 afin d'assurer les services aux malades externes reliés aux services médicaux assurés fournis dans des établissements de chirurgie.

Le ministre de la Santé est responsable de l'administration et du fonctionnement du Régime. Aux termes du paragraphe 3(2) de la *Loi*, le ministre est habilité à :

- fournir aux résidents de la province une assurance relative aux coûts des services hospitaliers, des soins médicaux, des soins personnels et d'autres services de santé;
- planifier, organiser et mettre sur pied dans toute la province un réseau équilibré et intégré d'hôpitaux, de foyers de soins personnels ainsi que d'établissements et de services associés au domaine de la santé qui répondent aux besoins des résidents de la province;

1. Lorsqu'il est fait mention de « la *Loi* » dans le texte, il s'agit de la *Loi sur l'assurance-maladie* selon la codification du 31 mars 2007.

- faire en sorte que des normes satisfaisantes soient maintenues dans les hôpitaux, dans les foyers de soins personnels ainsi que dans les établissements associés au domaine de la santé, y compris les normes relatives à la surveillance, à la délivrance de licences, à l'équipement et à l'inspection, ou prendre les dispositions qu'il juge nécessaires pour assurer le maintien de normes satisfaisantes;
- sauf dans le cas des soins individuels aux malades, fournir un service de consultation aux hôpitaux et aux foyers de soins personnels de la province ou prendre les dispositions qu'il juge nécessaires afin d'assurer la prestation d'un tel service;
- exiger que les dossiers des hôpitaux, des foyers de soins personnels et des établissements associés au domaine de la santé soient vérifiés tous les ans et que les rapports que requiert le gouvernement du Canada à l'égard des hôpitaux soient présentés;
- dans les cas où les résidents n'ont pas accès à des soins médicaux ni à d'autres services de santé, prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour planifier, organiser et mettre sur pied de tels services afin de répondre aux besoins des résidents.

Le ministre peut également conclure, avec des personnes ou des groupes de personnes, les contrats et ententes qu'il juge nécessaires pour l'application de la *Loi*. Il peut également octroyer des subventions à une personne ou à un groupe de personnes pour l'application de la *Loi*, sous réserve des conditions qu'il juge opportunes. Le ministre peut aussi, par écrit, déléguer à quiconque les pouvoirs ou les fonctions que lui confèrent la *Loi* ou son *Règlement*.

Aucune modification législative apportée à la *Loi* ou à son *Règlement* au cours de l'exercice 2007-2008 n'a touché la gestion publique du Régime.

1.2 Liens hiérarchiques

Aux termes de l'article 6 de la *Loi*, le ministre doit préparer les états financiers vérifiés du Régime et y faire état séparément des dépenses se rapportant aux services hospitaliers, aux soins médicaux ainsi qu'aux autres services de santé. Le ministre est également tenu de faire préparer un rapport annuel qui doit comprendre les états financiers vérifiés, et il doit déposer une copie du rapport annuel à l'Assemblée législative dans les 15 premiers jours de session de celle-ci, suivant sa réception. Si l'Assemblée ne siège pas, le rapport doit être déposé dans les 15 jours suivant le début de la session suivante.

1.3 Vérification des comptes

L'article 7 de la *Loi* exige que le Bureau du vérificateur général du Manitoba (ou un autre vérificateur désigné par le Bureau du vérificateur général du Manitoba) fasse une vérification annuelle des comptes du Régime et prépare un rapport à ce sujet à l'intention du ministre. La dernière vérification dont les résultats ont été communiqués au ministre et que le public peut consulter, vise l'exercice 2007-2008; le Rapport annuel 2007-2008 de Santé et Vie saine Manitoba en fait état. Les résultats seront aussi disponibles sur le site Web de la province à la fin d'octobre 2008.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les articles 46 et 47 de la *Loi* de même que le *Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux* (R.M. 48/93) s'appliquent aux services hospitaliers assurés.

En date du 31 mars 2008, 96 établissements fournissaient des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés et aux malades externes au Manitoba. Les hôpitaux sont désignés par le *Règlement sur la désignation des hôpitaux* (R.M. 47/93) en vertu de la *Loi*.

Les services spécifiés par le *Règlement* comme étant des services hospitaliers assurés fournis aux malades hospitalisés et aux malades externes comprennent les services suivants : l'hébergement

et les repas en salle commune; les soins infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie et autres services de diagnostic; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; les fournitures médicales et chirurgicales ordinaires; l'utilisation des salles d'opération, des salles d'observation et des installations d'anesthésie; l'utilisation des installations de radiothérapie, de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie, là où elles existent.

Tous les services hospitaliers sont inscrits sur la liste des services hospitaliers disponibles dans le cadre du processus de planification en matière de santé. Les Manitobains ont de grandes attentes quant à la qualité des soins de santé et exigent ce qu'il y a de mieux en matière de connaissances médicales et de services lorsque leur état de santé personnel est en cause. À cet égard, Santé et Vie saine Manitoba se tient au courant des derniers progrès dans les sciences de la santé.

2.2 Services médicaux assurés

Le texte habilitant en ce qui concerne les soins médicaux assurés est le *Règlement sur l'assurance relative aux soins médicaux* (R.M. 49/93) pris en application de la *Loi*.

Les médecins qui fournissent des services assurés au Manitoba doivent être légalement autorisés à exercer la médecine au Manitoba, détenir la licence prescrite et être inscrits au registre, conformément à la *Loi médicale*. En date du 31 mars 2008, 2 293 médecins étaient inscrits au registre de Santé et Vie saine Manitoba.

Un médecin peut, sur présentation d'un préavis écrit au ministre, choisir de percevoir des honoraires auprès d'une autre personne que le ministre pour les soins fournis aux assurés, conformément à l'article 91 de la *Loi* et de l'article 5 du *Règlement sur l'assurance relative aux soins médicaux*. La décision de ne pas participer au Régime entre en vigueur le premier jour du mois suivant une période de 90 jours à compter de la date où le ministre reçoit l'avis.

Avant de fournir un service médical à un assuré, le médecin doit donner un préavis raisonnable de son intention de percevoir ses honoraires auprès de cette personne ou d'une autre, qui n'est pas le ministre. Il est tenu de soumettre, pour le compte de l'assuré, une demande de règlement au ministre; le médecin ne peut percevoir d'honoraires en sus des prestations exigibles à l'égard de ces services aux termes de la *Loi* ou du *Règlement*. À l'heure actuelle, aucun médecin du Manitoba n'a fait le choix de ne pas participer au Régime.

Le *Règlement sur les frais engagés pour des soins médicaux assurés* (R.M. 95/96) fournit la liste des soins médicaux assurés par Santé et Vie saine Manitoba. La couverture s'étend à tous les services de soins personnels fournis par un médecin à un assuré qui sont nécessaires du point de vue médical et qui ne sont pas exclus aux termes du *Règlement sur les services exclus* (R.M. 46/93) pris en application de la *Loi*.

Au cours de l'exercice 2007-2008, un certain nombre de nouveaux services assurés ont été ajoutés au barème d'honoraires révisé. Il est possible de consulter le guide des médecins en ligne à l'adresse :

http://www.gov.mb.ca/health/manual/index.html.

Pour faire inscrire un service médical à la liste des services assurés par Santé et Vie saine Manitoba, les médecins doivent présenter une proposition à leur section de l'Association médicale du Manitoba. L'Association médicale négocie ensuite avec Santé et Vie saine Manitoba, y compris en ce qui concerne les honoraires. Santé et Vie saine Manitoba peut également amorcer le processus.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

La liste des services de chirurgie dentaire assurés est fournie dans le *Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux* (R.M. 48/93) pris en application de la *Loi*. Ces services sont assurés lorsqu'ils sont fournis par un chirurgien bucco-dentaire et

maxillo-facial ou un dentiste autorisé à exercer dans un hôpital, et qu'il est nécessaire d'hospitaliser le patient pour accomplir l'acte correctement. Ce *Règlement* prévoit également des prestations relativement au coût des services d'orthodontie assurés dans les cas de fissure labiale et de fente palatine chez les personnes inscrites au programme avant leur dix-huitième anniversaire, et ce, lorsque les services sont fournis par un orthodontiste autorisé. En date du 31 mars 2008, 594 dentistes étaient inscrits auprès de Santé et Vie saine Manitoba.

Les fournisseurs de services dentaires peuvent, à l'instar des médecins, décider de percevoir leurs honoraires directement auprès du patient, auquel cas ils ne doivent pas facturer au patient ou recevoir de celui-ci des honoraires en sus des prestations exigibles aux termes de la *Loi* ou du *Règlement*. En date du 31 mars 2008, aucun fournisseur de services dentaires n'avait fait le choix de ne pas participer au Régime.

Pour faire inscrire un service dentaire à la liste des services assurés, le dentiste doit soumettre une proposition à la Manitoba Dental Association (MDA). La MDA négociera les honoraires avec Santé et Vie saine Manitoba.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Le *Règlement sur les services exclus* (R.M. 46/93), pris en application de la *Loi*, définit les services qui ne sont pas assurés. Ce sont : les examens et les rapports établis pour des raisons d'emploi, d'assurance, de fréquentation d'une université ou d'un camp, ou encore les services offerts à la demande de tiers; les services d'immunisation et autres services offerts à des groupes, sauf s'ils sont autorisés par Santé et Vie saine Manitoba; les soins que des médecins, des dentistes, des chiropraticiens ou des optométristes se donnent à eux-mêmes ou donnent aux personnes à leur charge; la préparation de dossiers, de rapports, de certificats, de communications et de témoignages devant un tribunal; le kilométrage ou le temps de déplacement; les services de psychologues, de podologues et d'autres praticiens dont les services ne sont pas mentionnés dans la législation; la fécondation in vitro; l'enlèvement de tatouages; l'ajustement de lentilles cornéennes; le rétablissement de la fécondité; la psychanalyse.

Le *Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux* stipule que les services en milieu hospitaliers comprennent les fournitures médicales et chirurgicales courantes, ce qui permet d'assurer un accès raisonnable à tous les résidents. Les offices régionaux de la santé et Santé Manitoba vérifient la conformité à cette disposition.

Santé et Vie saine Manitoba continue d'agir pour contrer l'imposition de frais imposés aux patients pour les fournitures médicales et demeure déterminé à prendre les mesures nécessaires pour empêcher cette pratique.

Tous les résidents du Manitoba jouissent de l'égalité d'accès aux services. Les tiers, comme les assureurs privés et la Commission de la santé et de la sécurité au travail, n'ont pas accès en priorité aux services en versant un supplément. Le Manitoba n'a aucun processus officiel pour surveiller la conformité; toutefois, les commentaires des médecins, des administrateurs d'hôpitaux, des professionnels de la santé et du personnel permettent aux offices régionaux de la santé ainsi qu'à Santé et Vie saine Manitoba de se tenir au courant des préoccupations relatives à l'usage et aux services.

Pour retirer un service de la liste des services assurés, le Ministère prépare une demande qu'il soumet à l'approbation du Cabinet. La décision de tenir ou non une consultation publique est prise au cas par cas, selon le service en cause.

En 2007–2008, aucun service n'a été supprimé de la liste des services assurés par Santé et Vie saine Manitoba.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité

La *Loi sur l'assurance-maladie* définit les modalités d'admissibilité des résidents du Manitoba au Régime d'assurance-maladie de la province. Le paragraphe 2(1) de la *Loi* stipule qu'un « résident » est une personne qui est légalement autorisée à habiter au Canada, qui réside au Manitoba et qui y est personnellement présente au moins six mois par année civile. Cette définition vise également toute autre personne correspondant à la définition de résident en vertu des règlements, mais exclut, sauf indication contraire du ministre, les personnes qui sont titulaires d'un permis de séjour temporaire délivré sous le régime de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (Canada) ainsi que les visiteurs, les personnes de passage et les touristes.

Les paragraphes 7(1) et 8(1) du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93) élargissent la définition de « résidence ». Aux termes du paragraphe 7(1), les personnes qui s'absentent du Manitoba pendant au plus 24 mois consécutifs pour faire œuvre de missionnaire, occuper un emploi à l'étranger ou prendre un congé sabbatique peuvent conserver leur statut de résident de cette province, tout comme les étudiants qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement reconnu. Par ailleurs, aux termes du paragraphe 8(1), les personnes légalement autorisées à travailler au Manitoba et qui détiennent un permis de travail valide pour au moins 12 mois sont réputées être résidents.

L'article 6 du *Règlement sur la résidence et l'inscription* définit la période d'attente au Manitoba :

> « Un résident qui, immédiatement avant son arrivée au Manitoba, était résident d'une autre province ou d'un territoire canadien n'est pas assuré avant le premier jour du troisième mois qui suit le mois de son arrivée. »

Il n'existe actuellement aucune autre période d'attente au Manitoba.

Le Régime d'assurance-maladie du Manitoba exclut les résidents couverts par les lois fédérales suivantes : *Loi sur l'aéronautique*; *Loi sur les prestations de guerre pour les civils*; *Loi sur l'indemnisation des agents de l'État*; *Loi sur l'indemnisation des marins marchands*; *Loi sur la défense nationale*; *Loi sur les pensions*; *Loi sur la Gendarmerie royale du Canada*; *Loi sur la réadaptation des anciens combattants*; toute autre loi d'une autre autorité législative [*Règlement sur les services exclus* 2(2)]. Les résidents exclus aux termes de ce paragraphe sont les membres des Forces canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada et les détenus d'un pénitencier fédéral. Les résidents libérés des Forces canadiennes ou de la GRC ainsi que les détenus libérés d'un pénitencier fédéral sans personnes à charge qui sont des résidents de la province deviennent admissibles à la couverture du Régime manitobain. Aux termes du paragraphe 2(3) du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93), ces personnes ont un mois, lorsqu'elles changent de statut, pour s'inscrire auprès de Santé et Vie saine Manitoba.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Pour les besoins de la délivrance des cartes d'assurance-maladie, les personnes doivent aviser Santé et Vie saine Manitoba, documents à l'appui, qu'elles sont légalement autorisées à être au Canada et qu'elles ont l'intention d'habiter au Manitoba pendant six mois consécutifs. Elles doivent aussi fournir une adresse de résidence principale dans la province. À la réception de ces renseignements, Santé et Vie saine Manitoba délivre une carte d'inscription à la personne ainsi qu'à toutes les personnes admissibles à sa charge.

Au Manitoba, deux numéros sont associés à la santé : le numéro d'inscription est un numéro à six chiffres attribué à une personne de 18 ans ou

plus qui n'est pas réputée être une personne à charge. Santé et Vie saine Manitoba utilise ce numéro pour régler toutes les demandes de remboursement des soins médicaux pour cette personne et ses personnes à charges désignées. Un numéro d'identification personnelle de santé (NIPS) de neuf chiffres est utilisé pour le paiement de tous les services hospitaliers et pour le régime provincial de médicaments.

En date du 31 mars 2008, il y avait 1 186 386 résidents d'inscrits au Régime d'assurance-maladie du Manitoba.

Le régime de Santé et Vie saine Manitoba ne prévoit aucune possibilité de retrait pour les résidents.

3.3 Autres catégories de personnes

Aux termes du paragraphe 8(1) du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93), les travailleurs temporaires doivent être titulaires d'un permis de travail délivré par Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) les autorisant à travailler au moins 12 mois consécutifs, être réellement présents au Manitoba et être légalement autorisés à demeurer au Canada pour avoir droit à l'assurance de Santé et Vie saine Manitoba.

En date du 31 mars 2008, 5 697 titulaires d'un permis de travail étaient couverts par le Régime d'assurance-maladie du Manitoba.

La définition de « résident » selon la *Loi sur l'assurance-maladie* autorise le ministre de la Santé ou son mandataire désigné à rendre admissibles à la couverture les titulaires de permis ministériels délivrés aux termes de la *Loi sur l'immigration* (Canada). Aucune modification législative apportée à la *Loi* ou au *Règlement* au cours de l'exercice 2007-2008 n'a touché l'universalité.

4.0 Transférabilité

4.1 Période d'attente minimale

L'article 6 du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93) fixe la période d'attente pour les assurés d'une autre province ou d'un territoire. Un résident qui, immédiatement avant son arrivée au Manitoba, habitait dans une autre province ou dans un territoire du Canada, est assuré le premier jour du troisième mois qui suit le mois de son arrivée.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Le paragraphe 7(1) du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93) définit les règles de transférabilité de l'assurance-maladie pendant des absences temporaires au Canada.

Les étudiants sont réputés être des résidents et continuent d'être couverts par le Régime manitobain pendant toute la période où ils sont inscrits à temps plein dans tout établissement d'enseignement reconnu. Une deuxième disposition stipule qu'ils doivent avoir l'intention de revenir au Manitoba et d'y résider à la fin de leur programme d'études. Le Manitoba a des ententes officielles de facturation réciproque des services hospitaliers avec toutes les provinces et chacun des territoires canadiens. Il a un accord bilatéral avec la Saskatchewan pour les résidents de la Saskatchewan qui reçoivent des soins dans les localités frontalières du Manitoba.

Les soins aux malades hospitalisés sont payés selon les taux normaux approuvés par la province ou le territoire d'accueil. Les paiements versés pour les services en hôpital, les actes médicaux à coût élevé et les services en consultation externe sont fondés sur les taux nationaux établis par les régimes de santé provinciaux ou territoriaux. Ils comprennent tous les services nécessaires sur le plan médical de même que les coûts relatifs aux soins d'urgence.

Les soins médicaux reçus dans toutes les provinces, à l'exception du Québec, et tous les territoires sont payés en vertu d'ententes de facturation réciproque aux taux de la province ou du territoire d'accueil. Les demandes de remboursement pour soins médicaux reçus au Québec sont soumises par le patient ou le médecin à Santé et Vie saine Manitoba, qui les réglera selon les taux en vigueur dans la province d'accueil.

En 2007-2008, Santé et Vie saine Manitoba a versé des paiements totalisant environ 25,6 millions de dollars pour les services hospitaliers et 9,9 millions de dollars pour des soins médicaux fournis au Canada.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'extérieur du Canada

Le paragraphe 7(1) du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93) définit les règles de transférabilité de l'assurance-maladie pendant les absences temporaires du Canada.

Les résidents qui travaillent à temps plein à l'étranger en vertu d'un contrat sont couverts par Santé et Vie saine Manitoba pendant un maximum de 24 mois consécutifs. Ils doivent retourner au Manitoba et y résider à la fin de leur contrat. Les membres du clergé qui vont en mission pour le compte d'une organisation religieuse ayant le statut d'organisme de bienfaisance au sens de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada) sont couverts par Santé et Vie saine Manitoba pour un maximum de 24 mois consécutifs. Les étudiants sont réputés être des résidents et continuent d'être couverts pendant la durée de leur inscription à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu. Une deuxième disposition stipule qu'ils doivent avoir l'intention de revenir au Manitoba et d'y résider à la fin de leur programme d'études. Les résidents en congé sabbatique ou en congé d'études sont couverts par Santé et Vie saine Manitoba pendant un maximum de 24 mois consécutifs. Ces personnes doivent retourner au Manitoba et y résider à la fin de leur congé.

Pour chacune de ces catégories, l'assurance est assujettie aux montants indiqués dans le *Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux* (R.M. 48/93). Les services hospitaliers reçus à l'extérieur du Canada par suite d'une urgence ou d'une maladie subite pendant une absence temporaire sont payés comme suit :

Les services aux malades hospitalisés sont payés selon un taux journalier fondé sur la taille de l'établissement :

- 1 à 100 lits : 280 $
- 101 à 500 lits : 365 $
- plus de 500 lits : 570 $.

Les services aux malades externes sont payés selon le taux fixe de 100 $ la consultation, ou de 215 $ la séance d'hémodialyse.

Étant donné la diversité des hôpitaux dans les régions rurales et les régions urbaines, le calcul de ces taux est complexe.

Les Manitobains ayant besoin de services hospitaliers médicalement nécessaires qui ne sont pas offerts au Manitoba ni ailleurs au Canada peuvent être admissibles au remboursement des coûts engagés aux États-Unis en fournissant à Santé et Vie saine Manitoba une recommandation de leur spécialiste précisant qu'ils ont besoin d'un certain service médicalement nécessaire. Les soins médicaux reçus aux États-Unis sont payés au taux équivalent établi pour des services semblables fournis au Manitoba. Les services hospitaliers sont payés à un taux équivalant à au moins 75 % des frais imposés par l'hôpital pour les services assurés. Les services hospitaliers sont payés en devises américaines (articles 15 à 23 du *Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux*).

Pendant l'exercice 2007-2008, Santé et Vie saine Manitoba a versé des paiements totalisant environ 4 609 160 $[2] pour les soins hospitaliers fournis dans des hôpitaux situés à l'étranger. Il a en outre effectué des paiements totalisant environ 701 829 $ pour les soins médicaux fournis à l'extérieur du Canada.

2. Veuillez noter que les totaux ci-dessus sont des paiements réels en 2007/08 et n'incluent aucun ajustement pour des régularisations (pour l'année courante ou précédente).

Lorsque Santé et Vie saine Manitoba a préalablement approuvé le paiement des services fournis à l'étranger et que le montant approuvé est inférieur au total facturé pour les services assurés, il peut accorder des fonds supplémentaires, en se basant sur les besoins financiers.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

L'approbation préalable de Santé et Vie saine Manitoba n'est pas exigée pour les services fournis ailleurs au Canada ou les soins urgents à recevoir à l'étranger. Elle l'est toutefois pour les soins hospitaliers et médicaux facultatifs fournis à l'étranger. Pour faire approuver le paiement, un médecin spécialiste compétent doit s'adresser à Santé et Vie saine Manitoba.

Aucune modification législative apportée à la *Loi* ou au *Règlement* au cours de l'exercice 2007-2008 n'a touché la transférabilité.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Santé et Vie saine Manitoba veille à ce que les soins médicaux soient assurés en toute équité et à ce que tous les Manitobains y aient un accès raisonnable. Entré en vigueur le 1er janvier 1999, le *Règlement sur les établissements chirurgicaux* (R.M. 222/98), pris en application de la *Loi sur l'assurance-maladie*, empêche les établissements chirurgicaux privés d'imposer des frais supplémentaires pour les soins médicaux assurés.

En juillet 2001, la *Loi sur l'assurance-maladie*, la *Loi sur les cliniques privées* et la *Loi sur les hôpitaux* ont été modifiées pour favoriser et protéger l'accès du public au système de santé. Les modifications comprenaient :

- des changements aux définitions et à d'autres dispositions de manière à ce qu'aucune facturation ne puisse être présentée aux personnes qui reçoivent des services chirurgicaux assurés ou à toute autre personne en leur nom;
- des dispositions faisant en sorte qu'un établissement de chirurgie ne puisse effectuer d'interventions nécessitant un séjour de plus de 24 heures et fonctionner ainsi comme un hôpital privé.

Santé Manitoba a mis sur pied un certain nombre d'initiatives visant à accroître l'accès aux services assurés, comme Advanced Access, Health Links-Info Santé – destiné aux patients souffrant d'insuffisance cardiaque congestive, pratique en collaboration et Bridging Generalist and Specialist Care, visant à simplifier l'acheminement du patient de l'omnipraticien au spécialiste.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Tous les Manitobains ont accès aux services hospitaliers, dont les soins actifs, les traitements psychiatriques de longue durée, les soins de santé mentale, les soins palliatifs, les soins aux malades chroniques et l'évaluation des besoins à long terme/la réadaptation, ainsi qu'aux services des établissements de soins personnels. Le recours à l'hospitalisation a diminué au profit des services communautaires, des soins en consultation externe et des chirurgies d'un jour, qui sont aussi des services assurés.

Au Manitoba, l'effectif infirmier a connu une croissance graduelle, mais sa répartition pose encore des problèmes, surtout dans les régions rurales et du Nord, de même qu'à Winnipeg, dans certains champs de spécialisation. Cette croissance est principalement attribuable aux investissements dans la formation. Ainsi, les places dans tous les programmes d'enseignement en sciences infirmières continuent d'être toutes occupées. Le fonds pour le recrutement du

personnel infirmier et le maintien des effectifs a aussi grandement contribué à accroître l'effectif d'infirmières et d'infirmiers au Manitoba grâce à des initiatives, comme une aide à la réinstallation, des subventions aux foyers de soins personnels, du financement pour la formation continue des infirmières et des infirmiers, des subventions pour des projets spéciaux ainsi que le programme de subventions conditionnelles mis en œuvre pour encourager les nouveaux diplômés à travailler en milieu rural et dans le Nord du Manitoba (soit à l'extérieur de Winnipeg et de Brandon). Le *Règlement sur les infirmières ayant un champ de compétence élargi*, entré en vigueur en juin 2005, autorise les infirmières et les infirmiers inscrits au registre à assumer les tâches suivantes de manière autonome : prescrire des médicaments; demander des tests de dépistage et de diagnostic; pratiquer des interventions chirurgicales et effractives mineures selon les dispositions du *Règlement*. Le nombre d'infirmières et d'infirmiers inscrits au registre est passé de quatre en juin 2005 à 52 en date du 31 mars 2008.

Le Manitoba compte également sur une vaste gamme d'autres professionnels de la santé. Un nouveau programme menant à un diplôme permettra d'atténuer les graves pénuries de sages-femmes – le programme affiche complet – tout comme le fera un partenariat avec d'autres provinces et territoires portant sur l'élaboration d'un programme de préparation à l'emploi pour la profession de sage-femme. La pénurie de professionnels subsiste dans certains domaines faisant appel à la technologie, surtout dans les régions rurales et le Nord de la province. Dans certains domaines comme la radiologie médicale, la technologie de laboratoire médical et l'échographie, le manque de personnel demeure problématique, mais l'augmentation récente des possibilités de formation devrait avoir des résultats positifs bientôt.

Le Manitoba dispose de huit appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) qui servent aux examens cliniques. Le premier a été installé en 1990 par la Fondation pour la recherche et l'Hôpital Saint-Boniface. À Winnipeg, il y a trois appareils d'IRM, soit un à l'Hôpital général Saint-Boniface, deux au Centre des sciences de la santé et un à la Clinique Pan Am. Un des appareils au Centre des sciences de la santé est utilisé dans le cadre d'une initiative concertée avec le Conseil national de recherches (CNR). Le premier appareil d'IRM au Manitoba à être installé à l'extérieur de Winnipeg a été inauguré au Centre de santé régional de Brandon en juin 2004. Le huitième et dernier appareil d'IRM a été installé au Centre de santé de Boundary Trails, dans le Centre-Sud du Manitoba; il est opérationnel depuis novembre 2007.

Le Manitoba compte 19 tomodensitomètres assistés par ordinateur : 11 à Winnipeg, 8 dans des régions rurales de la province et un à Action cancer Manitoba. À Winnipeg, trois appareils se trouvent au Centre des sciences de la santé (dont un pour la pédiatrie), deux à l'Hôpital général Saint-Boniface, un dans chacun des établissements suivants : Hôpital général Victoria; Centre de santé Misericordia; hôpitaux Seven Oaks, Grace et Concordia. Dans les zones rurales, les appareils sont répartis à travers la province, soit au Centre de santé régional de Dauphin, à l'Hôpital général de Thompson, au Centre de santé de Brandon, au Centre de santé de Boundary Trails, à l'Hôpital Bethesda, à The Pas Hospital, au Centre de santé régional de Selkirk et à l'Hôpital général du district de Portage.

Il y a également 100 dispositifs d'échographie diagnostique au Manitoba, dont 74 dans des établissements de santé à Winnipeg et 26 répartis dans les offices régionaux de la santé des régions rurales et nordiques.

Le financement destiné à réduire les temps d'attente a permis d'acheter et d'installer un échocardiographe supplémentaire à Brandon en août 2007, ce qui a permis d'améliorer les services et de réduire les temps d'attente dans ce domaine.

En février 2008, le 16e programme communautaire du Manitoba pour le cancer (PCC) a été lancé à Deloraine. Les PCC sont des unités d'oncologie en consultation externe situées dans des hôpitaux ruraux de soins actifs; la mise en place de ces unités

se fait sous la direction d'Action cancer Manitoba et avec le soutien de cet organisme. Les PCC offrent divers traitements, dont de la chimiothérapie pour la plupart des cancers ainsi que des soins de soutien et de suivi, et s'efforcent de réduire au minimum les déplacements des patients à Winnipeg. Les professionnels de la santé ont reçu une formation en oncologie, notamment sur la préparation et l'administration des traitements de chimiothérapie.

Au début de 2007, le Centre des sciences de la santé a reçu un nouveau Gamma Knife, en remplacement de celui que le Centre avait obtenu en 2003. Winnipeg est le premier endroit en Amérique du Nord et le deuxième au monde à posséder ce Gamma Knife de deuxième génération, ce qui permet au Manitoba de conserver son leadership dans le domaine des soins sécuritaires de haute qualité. La version perfectionnée du Gamma Knife augmente la capacité de traiter les cancers localisés au bas de la boîte crânienne et dans le cou, évitant ainsi à de nombreux patients des chirurgies hautement défigurantes. Cette acquisition s'inscrit dans la foulée de l'annonce que le gouvernement a faite plus tôt cette année de l'acquisition d'un Artiste, lequel devrait être fonctionnel au début ou au milieu de 2009, au Siemens Institute for Advanced Medicine.

La poursuite du financement pour réduire les temps d'attente a permis de pratiquer un plus grand nombre d'arthroplasties du genou et de la hanche dans plusieurs établissements de Winnipeg, au Centre de santé régional de Brandon et au Centre de santé de Boundary Trails. Des cliniques de préadaptation ont également été établies à Winnipeg, à Brandon et à Boundary Trails pour optimiser l'état de santé des patients en prévision du remplacement du genou ou de la hanche, ce qui donne de meilleurs résultats sur le plan de la santé.

La Clinique Pan Am, créée en 1979, qui était autrefois une clinique de médecine sportive, est devenue un centre complet ayant pour spécialité les muscles et le squelette. Cette clinique appartient à l'ORSW depuis le 1er septembre 2001. Les services offerts comprennent les soins primaires, l'orthopédie, la rhumatologie, la physiothérapie, l'imagerie, les services de laboratoire, les chirurgies, une clinique sans rendez-vous, un programme de préadaptation pour les patients qui attendent de subir une opération pour le remplacement d'une articulation, et une clinique pour les blessures mineures chez les enfants. En janvier 2007, une clinique satellite antidouleur a ouvert ses portes à la Clinique Pan Am, à Winnipeg, pour répondre aux besoins et réduire les temps d'attente en matière de services de gestion de la douleur.

L'augmentation des opérations de la cataracte pour réduire les listes d'attente a été maintenue à la Clinique Pan Am de Winnipeg, au Centre de santé régional de Brandon, à Minnedosa et à Portage la Prairie.

En mars 2005, des mesures ont été prises pour accroître les services de chirurgie dentaire pédiatrique au Centre de santé Misericordia et ainsi réduire les temps d'attente. En plus, 100 chirurgies ont été ajoutées à l'Hôpital général de Thompson au début d'août 2005, et 200 chirurgies de plus par année ont été ajoutées au Centre de chirurgie Maples à compter de janvier 2007.

Le Groupe de travail sur les soins d'urgence de l'ORSW a mis fin à ses activités en janvier 2006. Pendant les deux années où il a été actif, il a formulé un total de 46 recommandations pour améliorer à court et à long terme les soins d'urgence dans les services d'urgence à Winnipeg, et défini des plans de mise en œuvre. La majorité des recommandations ont été pleinement appliquées. Les progrès sont notables dans le cas des recommandations touchant l'ensemble du système : amélioration de la formation du personnel des services d'urgence, réaménagement des lieux et amélioration du soutien TI.

En réaction aux problèmes continus de prestation des services d'urgence et reconnaissant que les solutions fondées sur le système seraient les plus efficaces pour régler ces mêmes problèmes, Santé et Vie saine Manitoba, en collaboration avec les offices régionaux de la santé et les médecins des services d'urgence, a mené un examen des services d'urgence à travers la province. L'examen s'est terminé en novembre 2006.

À la suite de cette initiative, des stratégies à court, à moyen et à long terme ont été élaborées pour apporter des changements au système. On a commencé la mise en œuvre de ces stratégies, qui comprennent notamment ce qui suit : des occasions de formation plus poussée pour les médecins de cette spécialité; l'établissement d'outils de soutien du système pour les services d'urgence, entre autres pour les diagnostics, la santé mentale et les services paramédicaux.

Le Groupe de travail sur les temps d'attente a été établi en 2006 pour surveiller la mise en œuvre de la stratégie de réduction des temps d'attente du Manitoba, qui vise à améliorer l'accès à des soins de qualité et à réduire les temps d'attente. La stratégie vise les cinq domaines prioritaires cernés par les premiers ministres dans leur plan décennal pour consolider les soins de santé, c'est-à-dire : cancer, cardiologie, imagerie diagnostique, arthroplastie et restauration de la vue. En plus, le Manitoba cible quatre autres domaines prioritaires : chirurgie dentaire pédiatrique, programmes de santé mentale, gestion de la douleur et traitement des troubles du sommeil. Un plan a été établi, de concert avec les praticiens et les parties prenantes, pour : augmenter le nombre d'interventions chirurgicales et d'actes médicaux; investir dans les ressources humaines, la technologie et les équipements; mettre à la disposition des offices régionaux de la santé de nouveaux outils et de nouvelles ressources pour la gestion des listes d'attente. Le registre des patients Patient Access Registry (PART) est un système d'information mis en œuvre pour saisir les données sur tous les patients en attente de services de consultation médicale et/ou de services chirurgicaux en milieu hospitalier au Manitoba.

Le Groupe de travail sur les temps d'attente a créé le Manitoba Patient Access Network, qui a pour tâche de trouver de nouvelles approches pour la navigation des patients dans le système grâce à une meilleure intégration et à une meilleure coordination du système, d'améliorer l'accès des patients aux services et d'assurer la durabilité des initiatives.

En mars 2008, le gouvernement fédéral a annoncé une aide financière pour le projet Bridging General and Specialist Care, visant à simplifier et à accélérer l'acheminement du patient de l'omnipraticien au spécialiste par l'établissement et la mise en œuvre d'un système d'aiguillage interactif fondé sur des critères, comprenant la création d'un catalogue des spécialistes.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Le guide des médecins, qui contient des directives sur la facturation et les honoraires, donne aux médecins du Manitoba la liste des services médicaux assurés par Santé et Vie saine Manitoba. Cinq grands processus et mécanismes de vérification des données du système central de Santé et Vie saine Manitoba garantissent que les demandes de remboursement des services assurés sont traitées conformément aux règles d'application prévues dans le guide des médecins, en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*. Les appels interjetés en vertu du guide des médecins sont entendus par le comité d'étude des dossiers médicaux. De plus, le Conseil manitobain d'appel en matière de santé, un tribunal quasi judiciaire, entend les appels des personnes qui contestent certaines décisions de Santé et Vie saine Manitoba ou qui se voient refuser l'admissibilité à un service en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*.

Santé et Vie saine Manitoba a continué d'appuyer des initiatives axées sur l'amélioration de l'accès aux soins médicaux dans les régions rurales et du Nord de la province, dont un processus concerté, mis en œuvre à l'automne 2005, pour aider les offices régionaux de la santé au chapitre de la logistique du recrutement de médecins formés à l'étranger. Ce processus coordonné, administré par le Physician Resource Coordination Office (PRCO), permettra d'éviter les chevauchements et fera connaître aux candidats médecins les perspectives de travail au Manitoba.

La province appuie de nombreuses initiatives visant à recruter des médecins et à les garder en poste. Certaines initiatives aident les diplômés à l'étranger qui satisfont aux exigences à joindre les rangs des médecins exerçant au Canada; une initiative offre une formation menant à l'obtention d'un permis d'exercer, et une autre offre une évaluation menant à un tel permis. Avec le programme de formation, ces médecins formés à l'étranger peuvent ainsi obtenir un permis d'exercice de la médecine familiale assorti de conditions, dont celle de travailler sur le territoire d'un office régional de la santé en milieu rural qui les parraine. Les candidats admissibles peuvent commencer une année de résidence semblable à la résidence en médecine familiale; s'ils réussissent cette formation, ils peuvent obtenir un permis d'exercice conditionnel les autorisant à fournir des soins primaires dans une communauté rurale ou nordique du Manitoba. La nouvelle évaluation menant à l'obtention d'un permis d'exercice a été mise en place à l'automne 2006. Les candidats admissibles doivent passer une entrevue de sélection, suivre une séance d'orientation, passer une évaluation de trois jours sur la pratique familiale et subir une évaluation de trois mois sur la pratique clinique. Si les candidats réussissent aux évaluations, la délivrance d'un permis d'exercice conditionnel peut être recommandée; au début de leur pratique, les candidats sont jumelés à un médecin mentor pour un minimum de 12 mois. À la fin de 2008, on ajoutera un mois à la période d'orientation afin que les candidats soient mieux préparés à la pratique en milieu rural ou nordique. Une autre initiative a pour but de faciliter l'évaluation des médecins qui exerceront dans une spécialité seulement. Ce programme permet d'organiser et de faciliter des évaluations cliniques pour que les médecins formés à l'étranger puissent répondre aux critères d'admission à la pratique du Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba.

Le nombre de nouveaux médecins inscrits au Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba continue d'augmenter. Le Manitoba a continué d'accorder aux étudiants et aux résidents une aide financière, instituée en 2001, visant à encourager les diplômés à demeurer dans la province pour y exercer leur profession. En échange de l'aide financière reçue, l'étudiant ou le résident accepte de travailler au Manitoba pendant une période de temps donnée lorsqu'il aura obtenu son diplôme. En 2005, l'option d'aide à l'établissement du Programme d'aide financière aux étudiants et résidents en médecine a été améliorée de manière à offrir deux subventions de 50 000 $ chacune à des médecins qui suivent une nouvelle formation dans une spécialité où il existe un besoin critique dans la province, comme la médecine d'urgence ou l'anesthésie. En plus, cinq subventions de 15 000 $ chacune ont été mises à la disposition des médecins de famille qui travaillaient en milieu urbain, et cinq subventions de 25 000 $ chacune, à des médecins de famille établis dans une région rurale ou dans le Nord de la province, sous réserve de certains critères d'admissibilité. La province fournit aussi un fonds spécial pour les spécialistes se traduisant par des subventions de 15 000 $ aux candidats recrutés au Manitoba qui n'ont pas reçu de fonds dans le cadre du Programme d'aide financière aux étudiants et résidents en médecine. Depuis 2001 et encore en 2008, le Manitoba favorise l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine, si bien que le nombre d'étudiants inscrits en première année s'est élevé à 110. En 2008, la province a mis en place une initiative pilote pour le placement de médecins en régions rurales ou éloignées. L'initiative consiste en une résidence de deux ans en médecine familiale, axée sur la pratique en région rurale et nordique, après laquelle les candidats doivent travailler pendant au moins deux ans en région rurale ou éloignée au Manitoba. À la fin de cette période de retour de service, ils sont assurés d'obtenir un poste de résident en médecine de spécialité au Manitoba.

À la fin de 2007-2008, le réseau de télésanté du Manitoba comptait 55 sites dans l'ensemble de la province, soit 15 à Winnipeg et 40 dans les régions rurales et nordiques. Grâce à ce lien moderne de télécommunications, les patients peuvent consulter

des spécialistes, et les médecins, se consulter entre eux, tout en évitant les frais et les inconvénients associés aux voyages entre les régions rurales ou nordiques de la province et Winnipeg ou un centre régional. Vous trouverez de l'information à jour au sujet du réseau de télésanté du Manitoba, y compris l'emplacement des sites, à l'adresse

http://www.mbtelehealth.ca/index.php.

5.4 Rémunération des médecins et des dentistes

Le Manitoba continue d'employer les modes de paiement suivants pour ses médecins : rémunération à l'acte, et autres méthodes, dont salaire, contrat, paiement à la vacation ou association de divers modes de paiement.

La *Loi sur l'assurance-maladie* régit la rémunération des médecins pour les services assurés. Aucune modification touchant la rémunération des médecins n'a été apportée à la *Loi sur l'assurance-maladie* en 2007-2008.

La rémunération à l'acte est encore le mode de paiement le plus courant. Toutefois, les autres modes de paiement représentent une part importante de la rémunération totale des médecins du Manitoba. Chez les médecins rémunérés autrement, il y a les salariés (dans une relation employeur-employé) et les travailleurs autonomes à contrat. Le Manitoba associe également divers modes de paiement pour combler les écarts en ce qui concerne les honoraires des médecins payés à l'acte dont le revenu n'est pas concurrentiel, mais dont les services demeurent essentiels. En outre, les médecins peuvent recevoir les paiements à la vacation pour dispenser des soins médicaux, de même que des allocations lorsqu'ils sont de garde.

En règle générale, les représentants de l'Association médicale du Manitoba et de Santé et Vie saine Manitoba négocient un accord concernant la rémunération des médecins.

L'accord-cadre actuel entre Santé et Vie saine Manitoba est venu à échéance le 31 mars 2008. On s'attend à ce qu'un important règlement soit négocié avec l'Association médicale du Manitoba, lequel permettra à la province de demeurer en position d'obtenir sa part des rares ressources en médecins.

Bien que la plus grande partie du temps ait été consacrée à renégocier l'accord-cadre, un certain nombre de contrats de moindre envergure ont été rouverts afin de remédier aux problèmes persistants du système de santé manitobain. Citons notamment le renouvellement du contrat régissant les médecins urgentistes du Manitoba, qui a permis de combler les pénuries de médecins.

5.5 Paiements aux hôpitaux

L'article 3.1 de la partie 4 de la *Loi sur les offices régionaux de la santé* renferme les dispositions concernant les accords d'exploitation entre les offices régionaux de la santé et les exploitants d'hôpitaux et de foyers de soins personnels, qui sont des « personnes morales dispensant des soins de santé » au sens de la *Loi*.

Aux termes des dispositions de l'article 3.1, les offices régionaux de la santé ne peuvent fournir de fonds de fonctionnement à une personne morale dispensant des soins de santé en l'absence d'accord écrit prévoyant les services de santé devant être fournis par la personne morale ou son entremise, les fonds devant être fournis par l'office pour les services de santé, la durée de l'accord ainsi qu'un processus de règlement des litiges et les recours en cas de contravention à l'accord. Si les parties ne peuvent parvenir à un accord, la *Loi* les autorise à demander au ministre de la Santé de nommer un médiateur pour les aider à régler les questions en litige. Si la médiation est infructueuse, le ministre peut régler la ou les questions en litige. La décision du ministre est alors exécutoire pour les parties.

Trois offices régionaux de la santé ont des hôpitaux dirigés par des personnes morales dans les régions qu'ils desservent. Les offices ont conclu les accords nécessaires avec les personnes morales. Ces accords

permettent à l'office de déterminer le financement qui sera accordé en se fondant sur des données objectives, des pratiques exemplaires et les critères qui s'appliquent normalement pour des établissements comparables. Dans toutes les autres régions, les hôpitaux sont dirigés en vertu de la *Loi sur les offices régionaux de la santé*. L'article 23 de la *Loi* exige que les offices affectent leurs ressources conformément au plan de santé régional approuvé.

Santé et Vie saine Manitoba doit approuver l'affectation des ressources par les offices régionaux de la santé, dans le cadre de l'approbation des plans sanitaires régionaux de ces offices. Les plans sanitaires doivent être approuvés par le ministre, conformément à l'article 24 de la *Loi sur les offices régionaux de la santé*. Les ressources doivent également, aux termes de l'article 3, être affectées en conformité avec le plan sanitaire régional approuvé.

Aux termes du paragraphe 50(2.1) de la *Loi sur l'assurance-maladie*, les sommes au titre des paiements du Régime d'assurance-maladie du Manitoba pour les soins hospitaliers assurés doivent être versées aux offices régionaux de la santé. Si l'office régional de la santé n'assure pas le fonctionnement de l'hôpital, il doit verser l'argent à l'hôpital, en conformité avec tout accord conclu entre lui et la personne chargée du fonctionnement de l'hôpital.

Aucune modification législative apportée à la *Loi* ou au *Règlement* au cours de l'exercice 2007-2008 n'a touché les paiements aux hôpitaux.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Dans les documents officiels, le Manitoba reconnaît systématiquement les contributions versées par le gouvernement fédéral au titre du Transfert canadien en matière de santé (TCS). Les transferts fédéraux sont indiqués dans le document sur les prévisions en matière de dépenses et sur les revenus (budget du Manitoba) et dans les Comptes publics du Manitoba. Les deux documents sont publiés sur une base annuelle par le gouvernement du Manitoba. De plus, Santé et Vie saine Manitoba fait état de la contribution fédérale provenant du Plan décennal des premiers ministres pour consolider les soins de santé (Accord sur la santé de 2004 – Fonds pour la réduction des temps d'attente) dans des lettres de financement destinées aux offices régionaux de la santé et à d'autres organisations qui exécutent des programmes grâce à ce financement.

7.0 Services complémentaires de santé

Le Manitoba a mis sur pied des programmes de services communautaires offrant ainsi une solution de rechange satisfaisante aux soins hospitaliers. Ces programmes, décrits ci-après, sont financés par Santé et Vie saine Manitoba, par l'intermédiaire des offices régionaux de la santé.

Diabète et services de soins de longue durée : On peut réduire au minimum les problèmes de santé chroniques évitables en agissant sur trois facteurs de risque modifiables courants, soit la sédentarité, les mauvaises habitudes alimentaires et le tabagisme, en instaurant des programmes soutenus et des politiques d'appui. Les offices régionaux de la santé offrent un certain nombre de programmes et services de promotion de la prévention et de la prise en charge des maladies chroniques. Le Manitoba a mis en place une initiative de prévention des maladies chroniques dirigée par la communauté, coordonnée par les offices régionaux de la santé et appuyée par les gouvernements provincial et fédéral. En outre, un vaste programme régional sur le diabète est assuré par des équipes multidisciplinaires partout dans la province. Un projet pilote de dépistage a été entrepris en partenariat avec l'office régional de la santé de Brandon dans le but de dépister le prédiabète et le diabète de type 2 non diagnostiqué et de valider

un outil de dépistage national. Un programme d'autogestion des maladies chroniques – Get Better Together! Manitoba – offre des ateliers pour aider les gens aux prises avec une maladie chronique à trouver des moyens de prendre leur santé en main. Un programme novateur de dépistage des maladies de la rétine, le Manitoba Retinal Screening Vision Program, a été mis en place pour réduire les temps d'attente et améliorer l'accès des résidents des régions nordiques aux services d'ophtalmologie.

Foyers de soins personnels : Des services de soins personnels assurés sont fournis conformément au *Règlement sur l'assurance relative aux services de soins personnels et l'administration des foyers de soins personnels* pris en application de la *Loi sur l'assurance-maladie*. En 2005, le *Règlement sur les normes applicables aux foyers de soins personnels* et le *Règlement sur la délivrance de licences de foyers de soins personnels* ont été adoptés en application de cette même *Loi*, rattachant la délivrance de licences au respect d'un éventail de normes établies pour garantir la sécurité et la qualité des soins. L'agrément des foyers, privés ou non, relève de Santé et Vie saine Manitoba. Les foyers de soins personnels font l'objet d'une visite tous les deux ans dans le but de vérifier les progrès par rapport aux normes relatives aux foyers de soins personnels. Les résidents de ces foyers payent des frais d'hébergement, tandis que Santé et Vie saine Manitoba couvre les frais à l'égard des soins, par l'intermédiaire des offices régionaux de la santé.

Des services de soins personnels sont fournis aux Manitobains qui ne peuvent plus rester chez eux en toute sécurité en raison d'une incapacité ou de leurs besoins en soins de santé. Les services de soins personnels englobent :

- les repas (y compris ceux pour les régimes spéciaux);
- de l'aide pour les activités quotidiennes, comme prendre un bain, s'habiller et aller aux toilettes;
- les soins infirmiers nécessaires;
- les fournitures médicales et chirurgicales courantes;
- les médicaments sur ordonnance admissibles dans le cadre du Programme de foyers de soins personnels du Manitoba;
- la physiothérapie et l'ergothérapie, si l'établissement est autorisé à fournir ces services;
- les services courants de lessive et de lingerie.

Le coût de ces services est partagé entre le gouvernement provincial (Santé et Vie saine Manitoba) et le client qui a besoin des services. La majorité du coût est payée par Santé et Vie saine Manitoba par l'intermédiaire des offices régionaux de la santé. Le bénéficiaire des services de soins personnels paie la différence. Le coût correspond à un tarif journalier calculé pour chaque résident en fonction de son revenu net moins les taxes applicables (selon le dernier Avis de cotisation de l'Agence du revenu du Canada). En 2007, le tarif journalier minimum était de 28,80 $, et le maximum, de 67,60 $. Il est possible de présenter une demande de réduction des frais.

En 2007-2008, le financement a été consacré à la prestation de services de soins personnels assurés pour 9 683 lits dans des foyers de soins personnels agréés et 150 lits de soins personnels provisoires (temporaires) dans des établissements non agréés, plus 177 lits de soins de longue durée et 149 lits de réadaptation.

Un nouveau foyer de soins personnels a été ouvert dans le Sud de Winnipeg, offrant 80 lits supplémentaires pour la ville. Au total, 79 lits provisoires pour soins personnels ont été fermés pour permettre la rénovation de deux installations : une pour le programme de prise en charge intégrée des personnes âgées (Program for the Integrated Management for the Elderly – PRIME) et l'autre pour le regroupement et l'amélioration du laboratoire d'étude du sommeil.

Services de soins à domicile : Le programme de soins à domicile du Manitoba est le plus ancien programme provincial complet du genre au Canada. Accessible à tous, il fournit des services de soins de santé communautaire efficaces, fiables et adaptés, pour favoriser l'autonomie, trouver des solutions de soins propices au maintien dans la communauté, et faciliter le placement en établissement quand le maintien à domicile n'est plus possible. Les services de soins à domicile sont dispensés par le biais des

bureaux locaux des offices régionaux de la santé. Ils sont diversifiés et fournis sur la base d'une évaluation multidisciplinaire des besoins individuels. Les coordonnateurs des cas de soins à domicile font des évaluations et dressent des plans de soins individuels, qui peuvent comporter la gestion des soins par le bénéficiaire ou la famille, l'aide aux soins personnels, l'entretien ménager, les soins de santé professionnels, les services de répit pour la famille fournis à domicile, les services de répit en établissement, certaines fournitures et certains appareils, l'accès aux programmes de jour pour adultes ou encore l'accès aux services de soutien aux programmes pour aînés qui coordonnent l'action bénévole, les repas collectifs, le transport, les systèmes d'intervention d'urgence et d'autres activités propices au maintien de l'autonomie dans la communauté.

Services de soins en santé mentale, en toxicomanie et en santé spirituelle : Les offices régionaux de la santé offrent des services de santé mentale en milieu hospitalier, en consultation externe et dans la communauté. Les travailleurs communautaires en santé mentale effectuent des évaluations, planifient les services, offrent des services de consultation à court terme, planifient l'étape de la réadaptation et de la récupération, font des interventions de crise, fournissent des services de consultation et, dans certains cas, d'éducation. Certaines régions comptent divers programmes d'interventions intensives et de soutien, comme la gestion des cas graves, le soutien en milieu de travail, le logement subventionné, les équipes du Programme de suivi intensif dans la communauté et le service de prévention et de traitement précoces des psychoses. L'office régional de la santé de Burntwood offre une résidence de transition aux personnes souffrant d'une lésion cérébrale acquise.

Le Centre de santé régional de Selkirk (CSRS), unité d'exploitation directe relevant de Santé et Vie saine Manitoba, est l'établissement provincial désigné de services en santé mentale pour le traitement et la réadaptation des malades hospitalisés. Il offre également aux offices régionaux de la santé privés de services psychiatriques de courte durée des services psychiatriques de courte durée destinés aux malades hospitalisés. Le CSRS fournit également des services de traitement et de réadaptation aux personnes stables sur le plan médical qui sont affectées par une lésion cérébrale.

Santé et Vie saine Manitoba finance également l'auto-assistance en santé mentale. Parmi les organismes d'auto-assistance, mentionnons la Manitoba Schizophrenia Society, la Mood Disorders Association of Manitoba, l'Anxiety Disorders Association of Manitoba, l'Obsessive Compulsive Disorder Centre, l'Association canadienne pour la santé mentale (Manitoba) et le Manitoba Health Education Resource Centre. Ces organismes sensibilisent le public et offrent un soutien aux personnes touchées par une maladie mentale, ainsi qu'à leur famille.

Au cours des deux dernières années, les soins de santé spirituelle se sont ajoutés aux programmes de la direction de la santé mentale et des toxicomanies. Cela reflète le fait que l'on est de plus en plus conscient des quatre composantes de la santé : physique, mentale, sociale et spirituelle.

Les services et le soutien en toxicomanie sont fournis par des organismes financés par le gouvernement provincial. Ce sont notamment la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances, la Behavioural Health Foundation, l'Armée du Salut – programme Anchorage, le Native Addictions Council of Manitoba, Tamarack Rehab, le Centre Laurel, Esther House, Addictions Recovery Inc., Two Ten Recovery, le St. Raphael Wellness Centre, le Main Street Project, le Youth Addictions Stabilization Unit Facility à Marymound, Youth Addictions Centralized Intake au Manitoba Adolescent Treatment Centre, l'Addictions Unit au Centre des sciences de la santé, Rosaire House et Resource Assistance for Youth. Ces organismes s'emploient à réduire les méfaits de l'alcool et d'autres drogues. Les programmes sont axés sur l'éducation, la prévention, la réadaptation et le suivi, comme les maisons d'hébergement transitoire. En plus des organismes financés par la province, l'ORS de Winnipeg finance deux programmes de

désintoxication, tandis que l'office régional de la santé du Nord du Manitoba finance un centre de traitement en établissement pour adultes.

Soins de santé primaires

Le plan stratégique des soins de santé primaires s'intéresse aux points suivants :

- meilleur accès aux services de soins primaires;
- établissement d'équipes multidisciplinaires polyvalentes qui travaillent en collaboration;
- création de liens plus solides entre les différents niveaux de soins;
- renforcement des compétences dans les domaines de l'amélioration de la qualité et du leadership;
- accès aux systèmes d'information et utilisation de ces systèmes;
- meilleur environnement de travail pour tous les fournisseurs de soins primaires;
- prestation confirmée de soins de qualité, une attention particulière étant accordée à la prise en charge des maladies chroniques.

Les initiatives clés visant à atteindre ces objectifs englobent la mise en œuvre d'Advanced Access, le parrainage d'Instituts de gestion médicale, l'appui à l'utilisation de dossiers médicaux électroniques, la création d'un réseau de pairs, l'intégration des infirmières et des infirmiers praticiens (champ d'exercice élargi) et des sages-femmes, l'élargissement du réseau intégré de médecins, la tenue d'ateliers sur les soins à la clientèle et l'établissement d'un groupe de travail provincial sur les services de soins de santé aux mères et aux enfants.

Une initiative provinciale d'établissement et de mise en œuvre d'Advanced Access est en cours. Seize cliniques (dix à Winnipeg, cinq en région rurale et une dans le Nord) relevant de quatre offices régionaux de la santé participeront à une initiative de 19 mois pour restructurer les processus administratifs de façon que les patients puissent consulter un fournisseur de soins de santé à la date et à l'heure qui leur conviennent.

Le but est de présenter et d'instaurer le concept d'Advanced Access dans les cliniques qui sont des « utilisatrices précoces », puis d'en étendre graduellement l'acceptation et l'application dans l'ensemble de la province grâce à divers mécanismes.

Un Institut de gestion médicale (IGM), conçu et parrainé par l'Association médicale canadienne, a été présenté par la Direction des soins de santé primaires. Quarante personnes ont pris part à cette session sur la promotion d'un travail d'équipe efficace dans les organismes de soins de santé.

Dans le cadre de la stratégie des systèmes d'information sur les soins primaires, le Manitoba a lancé un appel d'offres pour choisir des systèmes de dossiers médicaux électroniques (DME). Le recours aux DME par les médecins et autres fournisseurs de soins primaires constitue une exigence clé pour tirer pleinement parti du dossier de santé électronique (DSE) et réformer le système de soins de santé en mettant l'accent sur la qualité. Les médecins du Manitoba ont dit que leur incertitude sur les produits à acheter et que la longueur et la complexité de l'évaluation des produits les empêchaient d'adopter les DME. Ils ont encouragé Santé et Vie saine Manitoba à faire preuve de plus de leadership à cet égard. L'objectif de l'appel d'offres consiste à sélectionner un petit nombre de produits qui répondent aux exigences des intervenants du Manitoba et que les fournisseurs s'engageront à mettre périodiquement à niveau afin de satisfaire aux nouvelles exigences dictées par le renouvellement des soins primaires, la nécessité d'accéder au dossier de santé électronique et les nouveaux besoins fonctionnels. Au moment de la rédaction du présent rapport, le processus était en cours; il devrait se terminer à la fin d'octobre 2008.

Le réseau de pairs chez les médecins est une initiative parrainée par Inforoute Santé du Canada et gérée par le Programme de cybersanté du Manitoba pour encourager les médecins communautaires à adopter davantage les systèmes de dossiers médicaux électroniques et à bien les utiliser. On considère que les médecins sont plus susceptibles de suivre les conseils de leurs pairs en ce qui concerne l'examen, le choix

et l'application de systèmes qui les aideront à diriger leur pratique et à fournir des soins de qualité aux patients. Le Manitoba a recruté dix médecins expérimentés en application de technologies comme les DME. L'initiative du réseau de pairs permet de rembourser ces médecins pour le temps qu'ils accordent à d'autres médecins qui envisagent de se procurer des systèmes en les guidant dans leurs recherches, en répondant à leurs questions, en les aiguillant vers d'autres sources d'information et peut-être en leur montrant comment eux-mêmes utilisent les DME dans leur pratique. Ce programme est en cours, mais prendra véritablement son envol lorsque le Manitoba aura établi sa liste de fournisseurs de DME approuvés en octobre 2008.

Les infirmières praticiennes et les sages-femmes dispensent des soins de santé primaires en tant qu'employées des offices régionaux de la santé.

L'intégration des infirmières praticiennes dans le milieu des soins primaires favorise le renouvellement des soins primaires et la pratique interdisciplinaire. Le *Règlement sur les infirmières ayant un champ de compétence élargi* a été adopté en 2005; on comptait 32 inscriptions à la fin de 2006 et 49 à la fin de 2007. La plupart de ces personnes travaillent en milieu de soins primaires. Une infirmière praticienne est une infirmière autorisée possédant une formation supplémentaire en évaluation de l'état de santé ainsi qu'en diagnostic et en prise en charge des maladies et des blessures. En plus des services que l'infirmière autorisée peut déjà fournir, elle peut prescrire des médicaments, demander et gérer les résultats de tests de diagnostic et de dépistage et pratiquer des interventions chirurgicales et effractives mineures. Santé et Vie saine Manitoba travaille avec les offices régionaux de la santé pour créer 40 postes d'infirmières praticiennes, offrir une bourse aux personnes inscrites à un programme d'études menant au titre d'infirmière praticienne et donner une forme de soutien aux offices régionaux de la santé afin de réussir l'intégration de la nouvelle infirmière praticienne.

En 2000, le Manitoba a introduit des services de sage-femme réglementés et financés qu'il a intégrés aux soins primaires. Les sages-femmes fournissent des soins communautaires complets aux mères et aux nouveau-nés et, dans certaines communautés, des soins gynécologiques de dépistage. Elles peuvent prescrire des médicaments, demander et gérer les résultats de tests de diagnostic et de dépistage, pratiquer des interventions chirurgicales et effractives mineures, hospitaliser des patientes et assister aux naissances. La province verse des fonds à six des onze offices régionaux de la santé pour des services de sage-femme. On compte maintenant 41,5 postes de sage-femme financés dans l'ensemble de la province; 25,5 à l'extérieur de Winnipeg, y compris dans les communautés rurales, nordiques ou éloignées. Dans certaines communautés, les sages-femmes sont présentes dans jusqu'à 30 % des naissances et, à l'échelle provinciale, dans 5 % des naissances. Ce service se concentre sur les populations prioritaires, qui représentent plus de 65 % de la clientèle des sages-femmes, comme les personnes à risque social élevé, telles que les consommatrices d'alcool et de drogues. On a commencé, en 2001, à recueillir des données sur les résultats des services de sage-femme; on constate que les taux de naissances prématurées, de poids de naissance trop élevés ou trop bas et d'interventions à la naissance sont plus faibles chez les clientes de sages-femmes. On tente de combler les importants besoins en ressources humaines (sages-femmes) au moyen d'un programme de baccalauréat en sage-femmerie (sage-femmerie autochtone) au University College of the North, et par la participation avec d'autres administrations à l'élaboration de programmes de transition pour les sages-femmes formées à l'étranger. Santé et Vie saine Manitoba continue de travailler de concert avec les offices régionaux de la santé pour créer de nouveaux postes et fournir des soutiens pour favoriser la croissance de cette profession nouvellement réglementée.

L'initiative du réseau intégré de médecins (RIM) est une autre stratégie importante. Elle se concentre sur la mobilisation des groupes de médecins rémunérés à l'acte et vise à améliorer l'accès aux soins primaires,

l'accessibilité et l'utilisation des systèmes d'information par les fournisseurs de soins primaires, ainsi que les activités professionnelles de tous les fournisseurs de soins primaires, et à offrir des soins de haute qualité, particulièrement pour la prise en charge des maladies chroniques. Le RIM achèvera sa phase 1 (le projet pilote), puis passera à la deuxième en septembre 2008.

Les quatre sites pilotes de la phase 1 étaient dotés d'un système de dossiers médicaux électroniques dès le début de l'initiative. Cependant, de nombreux changements au logiciel et aux méthodes d'utilisation des systèmes par le personnel ont dû être apportés afin de saisir les indicateurs pertinents, d'extraire l'information utile et d'appuyer l'élaboration d'un modèle mixte de financement comprenant un financement incitatif basé sur la qualité (FIBQ). Le FIBQ permet de fournir des incitatifs financiers en fonction de certains indicateurs du processus clinique, tirés de la liste d'indicateurs de soins primaires de l'Institut canadien d'information sur la santé (avril 2006).

La phase 2 de l'initiative du RIM est censée non seulement accroître le nombre de médecins de famille mobilisés au Manitoba, mais aussi poursuivre le développement de ce qui suit :

- le modèle mixte de financement et de rémunération;
- le cadre provincial d'élaboration d'indicateurs;
- la gestion de l'information et de la technologie de l'information en soins primaires;
- les mécanismes de collecte et d'analyse de données.

« Showing We Care » est un programme de service à la clientèle axé sur l'excellence de la prestation de services dans le cadre du système de soins de santé. Le personnel de Santé Manitoba a participé au premier d'une série d'ateliers d'une journée sur la façon dont les personnes peuvent influer sur leur satisfaction au travail, le bien-être de leurs clients et la réussite du Ministère en fournissant des services de haute qualité dans un contexte où les attentes des clients sont de plus en plus grandes. Les offices régionaux de la santé intéressés présenteront les prochains ateliers.

En mars 2007, le ministre de la Santé a mis sur pied le groupe de travail provincial sur les services de soins de santé aux mères et aux enfants, chargé d'examiner à fond les besoins de la province dans ce domaine, de même que les obstacles à surmonter et les possibilités à exploiter.

Le groupe de travail est censé fournir des conseils et formuler des recommandations sur :

- la prestation de services de soins de santé aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants;
- la planification et la gestion à l'échelle provinciale des ressources humaines dans le domaine des services de santé aux mères et aux enfants;
- le comblement des lacunes dans le domaine des services de santé aux enfants, aux mères et aux nouveau-nés autochtones;
- la promotion de pratiques exemplaires, la promotion de la santé et la prévention des maladies;
- les besoins de services pour les enfants ayant une incapacité ou une maladie chronique;
- des stratégies pour réduire les temps d'attente chez les enfants ayant besoin de services de soins de santé.

Le groupe de travail se concentrera sur des initiatives pour améliorer les soins, l'accès et les résultats tout en tenant suffisamment compte des grands déterminants des soins de santé (pauvreté, niveau d'instruction). Cela comprend des stratégies à court, à moyen et à long terme dans trois secteurs qui favoriseront l'accès à des services près du lieu de résidence, viseront à combler les lacunes en matière de services et encourageront l'adoption de pratiques prometteuses partout au Manitoba.

Un rapport est attendu au début de l'automne 2008.

Personnes inscrites					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
1. Nombre total de personnes inscrites au 1er juin (#) [3]	1 159 784	1 169 667	1 173 815	1 178 457	1 186 386

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**	**2007-2008**
2. Nombre (#) :					
a. soins actifs	92	98 [4]	98 [4]	95 [4]	95 [4]
b. soins chroniques	5	3 [5]	3 [5]	2 [5]	2 [5]
c. soins de réadaptation	n.d.	n.d.	n.d.	2 [5]	2 [5]
d. autres	n.d.	n.d.	n.d.	1 [6]	1 [6]
e. total	97	98	98	97	97
3. Paiement des services de santé assurés ($) :					
a. soins actifs	1 220 253 362	1 400 448 441	1 488 094 835	1 515 237 203	1 605 095 309
b. soins chroniques	117 642 127	96 364 992	71 117 677	75 250 507	76 373 042
c. soins de réadaptation	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
d. autres	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
e. total	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Établissements privés à but lucratif	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**	**2007-2008**
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#) :					
a. installations chirurgicales	1	1	1	1	1
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	1	1	1	1	1
5. Paiement des services de santé assurés donnés par des établissements privés à but lucratif ($) :					
a. installations chirurgicales	1 252 657	1 290 989	1 305 132	1 292 830	1 289 964
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	1 252 657	1 290 989	1 305 132	1 292 830	1 289 964

Services hospitaliers assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
6. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	2 928	3 036	2 995	2 806	2 823
7. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	16 290 426	15 393 378	19 153 208	19 431 036	18 731 739
8. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	31 100	24 057	29 685	30 357	31 329
9. Paiements totaux, consultations externes ($)	4 369 889	3 896 789	5 670 133	6 306 240	6 933 920
Services hospitaliers assurés offerts à l'extérieur du Canada					
10. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	418	540	569	589	549
11. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	1 348 148	1 085 650	1 455 908	1 294 963	1 791 864
12. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	6 069	6 170	6 690	7 673	8 796
13. Paiements totaux, consultations externes ($)	1 216 073	1 112 466	1 325 062	1 695 844	2 692 096

3. Les données démographiques sont fondées sur les dossiers des résidents inscrits au Régime d'assurance-maladie du Manitoba au 1er juin.
4. Les 95 établissements de soins de courte durée qui présentent des rapports comprennent 22 postes de soins infirmiers et 2 hôpitaux fédéraux.
5. Un établissement de soins de courte durée (le Riverview Health Centre) a obtenu un numéro d'établissement de réadaptation. Deer Lodge ne présente plus de rapport comme établissement de soins de courte durée; il est donc compté uniquement comme établissement de soins de réadaptation et de soins de longue durée.
6. Manitoba Adolescent Treatment Centre

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
14. Nombre de médecins participants (#) :					
a. omnipraticiens	959	979	981	971	1 041
b. spécialistes	980	1 008	1 035	997	1 009
c. autres	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
d. total	1 939	1 987	2 016	1 968	2 050
15. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#) :					
a. omnipraticiens	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0
b. spécialistes	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0
c. autres	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0
d. total	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0
16. Nombre de médecins qui ne participent pas (#) :					
a. omnipraticiens	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
b. spécialistes	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
c. autres	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
d. total	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
17. Services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement :					
a. nombre de services (#)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
b. paiements totaux ($)	559 271 513	601 240 469	653 290 519	700 465 401	721 552 291
18. Services médicaux rémunérés à l'acte :					
a. nombre de services (#)	16 268 844	16 578 401	17 466 368	16 794 320	16 959 865
b. paiements totaux ($)	384 547 781	415 749 772	442 485 124	438 813 332	459 573 573

Services médicaux assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
19. Nombre de services (#)	210 294	209 152	228 090	248 900	290 775
20. Paiements totaux ($)	7 579 028	8 109 229	8 966 703	9 997 409	9 985 987
Services médicaux assurés offerts à l'extérieur du Canada					
21. Nombre de services (#)	5 324	5 714	6 138	6 486	6 414
22. Paiements totaux ($)	519 782	426 937	608 524	541 403	701 829

Services chirurgicaux et dentaires assurés offerts dans la province ou le territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
23. Nombre de dentistes participants (#)	102	114	115	122	120
24. Nombre de services fournis (#)	3 498	3 774	3 863	4 205	4 616
25. Paiements totaux ($)	750 122	875 657	936 091	984 621	1 107 357

Saskatchewan

Introduction

Le ministère de la Santé a le mandat de fournir un leadership dans la définition et la mise en œuvre des soins de santé et d'un cadre relatif aux systèmes de santé. Il évalue, promeut et protège la santé ainsi que le bien-être de la population de la Saskatchewan.

L'exercice 2007-2008 marque l'élection d'un nouveau gouvernement provincial, ce qui a entraîné l'établissement d'un ensemble révisé de priorités. La nouvelle orientation stratégique se trouve dans la lettre de mandat du ministre et dans le discours du Trône de décembre 2007 aux adresses suivantes :

http://www.gov.sk.ca/cabinet/mcmorris/
[en anglais seulement]

http://www.gov.sk.ca
[en anglais seulement]

Voici quelques exemples témoignant de cette nouvelle orientation :

- renforcer les soins offerts en Saskatchewan aux personnes atteintes du cancer en y instaurant un programme de dépistage du cancer colorectal et en fournissant des fonds supplémentaires pour Avastin, un médicament approuvé contre le cancer;
- fixer à 15 $ le montant maximum par ordonnance des coûts des médicaments de prescription pour les enfants de 14 ans et moins;
- collaborer avec les régies régionales de la santé en vue de préparer un plan d'immobilisations décennal relativement aux soins de santé, y compris des investissements dans un nouvel équipement médical d'urgence comme un hélicoptère-ambulance, tout en priorisant la construction d'un établissement intégré des sciences de la santé et d'un hôpital pour enfants;
- participer aux partenariats interprovinciaux de l'Ouest canadien touchant la question des produits pharmaceutiques;
- élaborer un cadre en vue d'un examen axé sur les patients du système de soins de santé avec la participation des intervenants en soins de santé dans le but d'améliorer les soins de première ligne offerts aux patients, de diriger les fonds vers ces soins et non vers la bureaucratie de même que de créer des milieux de travail de qualité pour les professionnels des soins de santé.

Le Ministère améliore les soins de santé financés par l'État en Saskatchewan et fournit ces soins financés et administrés par l'État conformément aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*. Il travaille de pair avec un éventail d'intervenants en vue d'assurer le recrutement, le maintien en poste et la réglementation appropriés des fournisseurs de soins de santé, dont le personnel infirmier et les médecins. En plus de ces fonctions, le Ministère appliquera des mesures au sein du système de soins de santé de la province afin de veiller à ce qu'il soit toujours centré sur le patient.

Le ministère de la Santé a pris l'engagement d'encourager et d'aider les habitants de la province à atteindre le meilleur état de santé et de bien-être possible. Pour ce faire, il supervise un système de soins de santé complexe, doté de multiples facettes. À cet effet, le Ministère s'acquitte des responsabilités suivantes :

- gère environ 50 lois liées au domaine de la santé;
- maintient des liens avec les groupes de professionnels de la santé réglementés;
- fournit du leadership au sujet des propositions de politiques stratégiques ou de politiques de programmes;
- fixe des buts et des objectifs concernant la prestation de services de santé;

- assure une surveillance provinciale relativement aux programmes et services, y compris les soins de santé de courte durée ou d'urgence, les services communautaires et les soins de longue durée;
- assure la surveillance et la mise en application des normes dans les programmes offerts par des organismes privés, comme les foyers de soins personnels;
- administre les programmes publics d'assurance-santé, comme le régime d'assurance-santé de la Saskatchewan;
- administre et tient à jour un système dans l'ensemble de la province afin d'enregistrer les naissances, décès, mariages, mortinaissances, divorces, adoptions et changements de nom;
- offre un certain nombre de services, notamment le régime de médicaments d'ordonnance et le laboratoire de lutte contre la maladie de la Saskatchewan (Saskatchewan Disease Control Laboratory);
- fournit du leadership concernant les questions de ressources humaines en santé;
- fournit du leadership et du soutien dans le domaine de la technologie de l'information, y compris l'élaboration et l'offre de solutions stratégiques en la matière à l'appui de la prestation de soins de santé de première ligne et de la gestion du système de santé;
- dirige la planification financière du système de santé et administre l'affectation des ressources disponibles.

Le Ministère collabore étroitement avec ses nombreux partenaires du secteur de la santé afin de fournir des services de grande qualité. À l'interne, il comprend 18 directions générales, chacune s'efforçant de garantir que le système de santé demeure responsable devant la population et durable dans l'avenir.

Le Ministère et le système de soins de santé offrent une vaste gamme de services par un système de prestation complexe formé des régies régionales de la santé, de la Saskatchewan Cancer Agency, d'organisations de soins de santé affiliées et d'un ensemble de professionnels, dont beaucoup exercent en cabinet privé.

Le système de santé emploie plus de 37 000 personnes, comprend environ 26 professions autoréglementées et administre 269 établissements de santé. Les exemples d'activité suivants illustrent en partie l'éventail et le nombre de services fournis :

- 128 700 patients sont hospitalisés chaque année ou 2 100 patients occupent des lits d'hôpitaux (de soins actifs, de soins psychiatriques ou de réadaptation) chaque jour;
- 74 000 chirurgies sont pratiquées en salle d'opération (registre des chirurgies) chaque année ou 205 chaque jour;
- 4,6 millions de consultations ont lieu chaque année, soit 12 600 consultations de médecins de famille par jour;
- 2 500 consultations de spécialistes ont lieu chaque jour;
- 400 000 immunisations par année sont pratiquées;
- plus de 40 000 mammographies sont effectuées chaque année.

Le recrutement et le maintien en poste de professionnels de la santé demeurent une grande priorité, et le gouvernement de la Saskatchewan s'est engagé dans de nombreuses initiatives afin de s'assurer que son système comprend un nombre et un éventail suffisants de professionnels. La liste qui suit présente quelques exemples de ce genre d'initiatives.

- La nomination d'un secrétaire législatif chargé du recrutement et du maintien en poste du personnel infirmier, qui présentera un rapport ainsi que des recommandations sur ces questions au mois de mars 2009.
- La signature d'un accord de partenariat entre le syndicat des infirmières et infirmiers de la Saskatchewan (Saskatchewan Union of Nurses) et le gouvernement provincial en février 2008. Cet accord reconnaît le besoin de doter 600 postes vacants en soins infirmiers et d'embaucher

200 infirmières et infirmiers autorisés au cours des quatre prochaines années. Le gouvernement a promis d'investir 60 millions de dollars en vue d'aider à accroître l'effectif en soins infirmiers en Saskatchewan.

- La mise en œuvre d'un programme provincial de mentorat en soins infirmiers d'une valeur de 5 millions de dollars et une sécurité d'emploi de 7,4 millions de dollars pour les nouveaux diplômés en soins infirmiers.
- La Saskatchewan a continué à accroître son autosuffisance en renforçant sa capacité de formation. Le nombre de places au sein des programmes de sciences infirmières, de médecine et de diagnostic médical a augmenté en 2008.
- Le programme de bourse de la Saskatchewan octroie plus de 6 millions de dollars pour la création ou le maintien d'environ 600 bourses avec promesse de service post-formation chaque année. Les étudiants de la Saskatchewan qui reçoivent une bourse s'engagent à travailler au sein du système de santé public de la province après l'obtention de leur diplôme.

De plus, le gouvernement de la Saskatchewan s'est engagé à élaborer un nouveau plan décennal des ressources humaines en santé visant à mieux orienter le système.

En 2007-2008, le budget de dépenses en santé du gouvernement de la Saskatchewan était de 3,445 milliards de dollars. Cela représente une hausse de 8,4 p. 100, soit 266,7 millions de dollars de plus que l'année précédente. Dans le contexte général du plan relatif au système de santé, les régies régionales de la santé sont responsables de planifier, d'organiser, d'offrir et d'évaluer les services de santé dans leur région. Pour s'acquitter de ces responsabilités, elles reçoivent environ deux tiers du budget du ministère de la Santé.

Au Canada, les gouvernements fédéral et provinciaux jouent un rôle important dans la prestation de soins de santé. Le gouvernement fédéral octroie des fonds pour favoriser la santé par l'entremise du Transfert canadien en matière de santé. Il offre également des services de santé à certains membres de la population (p. ex. anciens combattants, personnel militaire et membres des Premières nations vivant dans des réserves). Les gouvernements provinciaux sont responsables de la plupart des autres volets de la prestation de soins de santé.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le gouvernement provincial est responsable du financement des services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés en Saskatchewan et il doit en assurer la prestation. L'article 6.1 de la *Department of Health Act* autorise le ministre de la Santé à poser les actes suivants :

- payer en tout ou en partie le coût associé à la prestation des services de santé pour toutes les personnes ou classes de personnes pouvant être désignées par le lieutenant gouverneur en conseil;
- accorder des octrois, des prêts ou des subventions aux régies régionales de la santé, aux organismes de soins de santé ou aux municipalités pour qu'ils assurent la prestation et le fonctionnement des services de santé ou des services de santé publique;
- payer en tout ou en partie les frais associés à la prestation des services de santé dans toute région sanitaire ou partie de région sanitaire où le ministre juge ces services nécessaires;
- verser des subventions à tout organisme de santé, selon que le ministre le juge nécessaire;
- verser des subventions pour stimuler et favoriser la recherche en santé publique et la réalisation d'enquêtes et d'études dans ce domaine.

Les articles 8 et 9 de la *Saskatchewan Meaical Care Insurance Act* donnent au ministre de la Santé le pouvoir d'établir et d'administrer un régime d'assurance-santé pour les habitants de la province.

La *Regional Health Services Act* porte sur la création des 12 régies régionales de la santé, en remplacement des 32 conseils de district de santé.

Les articles 3 et 9 de la *Cancer Agency Act* portent sur la création de la Saskatchewan Cancer Agency, et confèrent à cet organisme le mandat de coordonner un programme de diagnostic, de prévention et de traitement du cancer.

Les mandats du ministère de la Santé, des régies régionales de la santé et de la Saskatchewan Cancer Agency pour 2007-2008 sont définis dans la *Department of Health Act*, la *Regional Health Services Act* et la *Cancer Agency Act*.

1.2 Liens hiérarchiques

Le ministère de la Santé répond directement de sa gestion au ministre de la Santé, à qui il doit périodiquement présenter des rapports sur l'allocation et l'administration des fonds dédiés aux services médicaux, hospitaliers et de chirurgie dentaire assurés.

Aux termes de l'article 36 de la *Medical Care Insurance Act*, le ministre de la Santé doit soumettre un rapport annuel sur le régime d'assurance-santé à l'Assemblée législative.

La *Regional Health Services Act* oblige les régies régionales de la santé à soumettre au ministre de la Santé les documents suivants :

- un rapport sur leurs activités;
- un jeu complet d'états financiers vérifiés.

Aux termes de l'article 54 de la *Regional Health Services Act*, les régies régionales de la santé et la Cancer Agency doivent soumettre au ministre tout rapport que celui-ci pourrait leur demander. Les régies régionales de la santé et la Cancer Agency doivent aussi soumettre un plan financier et un plan d'action sur les services de santé au ministère de la Santé de la Saskatchewan.

1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur provincial vérifie chaque année les comptes des ministères et organismes gouvernementaux, dont le ministère de la Santé. Les paiements du Ministère aux régies régionales de la santé, à la Saskatchewan Cancer Agency ainsi qu'aux médecins et aux chirurgiens-dentistes pour les services médicaux et de chirurgie buccale et maxillo-faciale assurés sont visés par cette vérification.

L'article 57 de la *Regional Health Services Act* stipule qu'un vérificateur indépendant, possédant les compétences requises et nommé à cette fin par une régie régionale de la santé et la Cancer Agency, doit vérifier au moins une fois par exercice les comptes d'une régie régionale de la santé et de la Cancer Agency. Chaque régie régionale de la santé et la Cancer Agency doivent soumettre annuellement au ministre de la Santé un jeu d'états financiers détaillés et vérifiés.

L'article 34 de la *Cancer Foundation Act* stipule que les dossiers et les comptes de la fondation doivent être vérifiés au moins une fois l'an par le vérificateur provincial ou son représentant désigné.

Les dernières vérifications portaient sur l'exercice prenant fin le 31 mars 2007.

Les vérifications du gouvernement de la Saskatchewan, des régies régionales de la santé et de la Saskatchewan Cancer Agency sont déposées à l'Assemblée législative de la Saskatchewan chaque année. Le public peut obtenir les rapports directement de chacune de ces instances ou les consulter sur leurs sites Web.

Le Bureau du vérificateur provincial prépare également des rapports à l'intention de l'Assemblée législative de la Saskatchewan. Ces rapports sont censés aider le gouvernement à gérer les ressources publiques et à améliorer l'information fournie à l'Assemblée législative. Ils sont accessibles sur le site Web du vérificateur provincial :

http://www.auditor.sk.ca
[en anglais seulement].

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

La *Regional Health Services Act* (la *Loi*), adoptée le 1er août 2002 en remplacement de la *Health Districts Act*, regroupe les 32 districts de santé existants en 12 régies régionales de la santé. De plus, aux termes de l'article 8 de la *Loi*, le ministre peut fournir du financement à une régie régionale ou à un organisme de santé pour l'application de cette *Loi*.

Aux termes de l'article 10 de la *Loi*, le ministre peut désigner des établissements, dont des hôpitaux, des foyers de soins spéciaux et des centres de santé. Par ailleurs, l'article 11 l'autorise à imposer, aux régies régionales de la santé et aux organismes de soins de santé qui ont conclu des ententes de services avec une régie régionale de la santé, des normes de prestation de services dans ces établissements.

La *Loi* impose aux régies régionales de la santé et aux organismes de soins de santé des exigences en matière de reddition de comptes. Ceux-ci doivent faire approuver leurs plans annuels opérationnels, financiers et de services de santé par le ministre (articles 50 et 51), mettre en place des réseaux consultatifs communautaires (article 28) et signaler les incidents majeurs (article 58). Le ministre peut également établir un registre pour faciliter la gestion des temps d'attente en chirurgie (article 12). Il conserve ses pouvoirs de faire enquête (article 59), de nommer un administrateur public au besoin (article 60) et d'approuver des règlements généraux et des règlements concernant les professionnels de la santé faisant partie du personnel d'un établissement (articles 42 à 44).

Le financement des hôpitaux est compris dans les fonds octroyés aux régies régionales de la santé.

En date du 31 mars 2008, les établissements suivants fournissaient des services hospitaliers assurés à des malades hospitalisés et externes :

- soixante-six hôpitaux fournissaient des soins actifs;
- un hôpital de réadaptation fournissait des soins destinés au traitement, au rétablissement et à la réadaptation de personnes invalides à la suite d'une blessure ou d'une maladie – et une unité de réadaptation gériatrique d'un autre hôpital ainsi que deux établissements de soins spéciaux offraient également des soins de réadaptation.

Les hôpitaux fournissent une gamme complète de services assurés, qui peuvent comprendre l'hébergement en salle commune; les services infirmiers nécessaires; l'usage des salles d'opération et des salles de travail; les fournitures et les matériels médicaux et chirurgicaux requis; les actes de radiographie, de laboratoire, de radiologie ou autres actes de diagnostic; les installations de radiothérapie; les agents anesthésiques et l'usage de matériel d'anesthésie; les actes de physiothérapie; les produits pharmaceutiques, produits biologiques et préparations connexes administrés à l'hôpital; et les services fournis par les personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital.

Le document « The Action Plan for Saskatchewan Health Care » a établi de nouvelles catégories d'hôpitaux et exposé un ensemble normalisé de services qui devraient être offerts dans chacun. Ces catégories sont les suivantes : communautaire, du Nord, de district, régional et provincial.

Selon ce plan d'action, la prestation de services doit être caractérisée par la fiabilité et la prévisibilité, pour que la population sache à quoi s'attendre en tout temps. Bien que les types de services puissent varier d'un hôpital à l'autre, ce qu'on entend par fiabilité et prévisibilité est que :

- la plupart des gens savent quels types de services sont offerts par chaque hôpital;
- ces services sont fournis sur une base permanente, sous réserve de la présence de fournisseurs de soins compétents.

Ce cadre de prestation fera en sorte que la population pourra s'attendre à recevoir des soins hospitaliers de qualité et orientera les décisions en matière d'attribution de nouveaux crédits.

Les régies régionales ont le pouvoir de changer leur mode de prestation de services assurés en fonction de l'évaluation des besoins sur leur territoire et des ressources financières dont elles disposent pour les professionnels de la santé.

L'ajout d'un service à la liste des services hospitaliers couverts par le régime d'assurance-santé est un processus qui comporte un examen approfondi prenant en compte des facteurs comme les besoins, le volume anticipé, les résultats cliniques par rapport à ceux d'autres services, le coût ainsi que les besoins en ressources humaines, sans oublier dans ce dernier cas, la disponibilité et les exigences en matière d'assurance initiale et continue de la compétence. Ce processus est entrepris à l'instigation d'une régie régionale de la santé. Selon le service qu'on veut ajouter, il peut comporter une consultation de directions générales du ministère de la Santé de la Saskatchewan et de groupes d'intervenants externes, comme des régions sanitaires, des fournisseurs de services et le public.

2.2 Services médicaux assurés

Les articles 8 et 9 de la *Medical Care Insurance Act* autorisent le ministre de la Santé à établir et à administrer un régime d'assurance-santé pour les habitants de la province. On peut prendre connaissance de tous les honoraires des médecins dans le Physician's Newsletter :

www.health.gov.sk.ca/physician-information [en anglais seulement].

Le rapport statistique annuel de la Medical Services Branch du ministère de la Santé de la Saskatchewan pour 2007-2008 se trouve sur le site Web suivant :

www.publications.gov.sk.ca/deplist.cfm?d=13&c=256 [en anglais seulement].

En Saskatchewan, les médecins peuvent fournir des services médicaux assurés s'ils détiennent un permis d'exercice délivré par le College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan et consentent à accepter le paiement du ministère de la Santé pour les services assurés, sans imposer de surfacturation.

En date du 31 mars 2008, 1 795 médecins étaient autorisés à exercer la médecine dans la province et à participer au régime d'assurance-santé.

Un médecin peut se retirer du régime d'assurance-santé ou choisir de ne pas y participer, mais cela s'applique alors pour tous les services médicaux assurés. Ce médecin doit informer ses patients admissibles que ses services ne sont pas assurés par le régime, qui ne les remboursera donc pas. Une reconnaissance écrite du patient attestant qu'il comprend l'information donnée par le médecin est également requise.

En date du 31 mars 2008, il n'y avait aucun médecin « désengagé » en Saskatchewan.

Les services médicaux assurés sont les services médicalement nécessaires fournis par un médecin et couverts par le régime d'assurance-santé du ministère de la Santé. Ils figurent au guide des tarifs des actes médicaux du *Medical Care Insurance Payment Regulations*, un règlement de la *Medical Care Insurance Act* de 1994.

En date du 31 mars 2008, il y avait environ 3 300 services médicaux assurés.

Il y a un processus de discussion officielle entre les responsables du régime de soins médicaux et la Saskatchewan Medical Association pour les ajouts à la liste des services médicaux assurés et la modification (modernisation) des règles de définition ou d'évaluation de certains services à forte incidence monétaire. C'est le directeur administratif de la Medical Services Branch qui gère ce processus. En cas d'ajout à la liste de services médicaux assurés ou de changement important au guide des tarifs des actes médicaux, ce dernier fait l'objet d'une modification réglementaire.

Tout membre du public peut recommander l'ajout d'un service médical au régime de soins médicaux, même en l'absence de consultation publique officielle à ce sujet.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les dentistes inscrits au tableau du College of Dental Surgeons de la Saskatchewan et désignés par cet organisme comme spécialistes aptes à accomplir des actes de chirurgie dentaire peuvent offrir des services de chirurgie dentaire assurés par le régime de soins médicaux. En date du 31 mars 2008, 82 spécialistes dentaires offraient de tels services.

Un dentiste peut se retirer du régime d'assurance-santé ou ne pas y participer, mais cela s'applique alors pour tous les services de chirurgie dentaire assurés. Ce dentiste doit informer ses patients admissibles que ses services ne sont pas assurés par le régime, qui ne les remboursera donc pas. Une reconnaissance écrite du patient attestant qu'il comprend l'information donnée par le dentiste est également requise.

En date du 31 mars 2008, il n'y avait aucun dentiste « désengagé » en Saskatchewan.

Les services de chirurgie dentaire assurés sont limités aux actes de chirurgie maxillo-faciale nécessaires à la suite de lésions traumatiques; aux services thérapeutiques pour le traitement orthodontique des fentes palatines; aux extractions dentaires médicalement nécessaires avant une chirurgie cardiaque, une intervention pour une maladie rénale chronique et l'arthroplastie totale d'une articulation par prothèse, quand le patient a été aiguillé par un professionnel compétent et que l'approbation préalable de la Medical Services Branch a été obtenue; et à certains services pour corriger des anomalies de la bouche et des structures voisines.

Des services de chirurgie dentaire peuvent être ajoutés à la liste de services assurés du régime d'assurance-santé à la suite d'un processus de discussion et de consultation avec les chirurgiens-dentistes de la province. Le directeur administratif de la Medical Services Branch gère le processus d'ajout d'un nouveau service.

Tout membre du public peut recommander l'ajout de services de chirurgie dentaire au régime de soins médicaux, même en l'absence de consultation publique officielle à ce sujet.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

En Saskatchewan, les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés comprennent les services hospitaliers aux malades hospitalisés et externes, lorsqu'ils ne sont pas nécessaires sur le plan médical; le coût supplémentaire de l'hébergement en chambre individuelle ou à deux lits, lorsque ce type d'hébergement n'est pas prescrit par un médecin; les services de physiothérapie et d'ergothérapie qui ne sont pas fournis par une régie régionale de la santé ou en vertu d'un contrat avec celle-ci; les services fournis par un autre établissement de santé qu'un hôpital, sauf en cas d'entente avec le ministère de la Santé de la Saskatchewan; la chirurgie non urgente de la cataracte, l'IRM et l'ostéodensitométrie à l'extérieur de la Saskatchewan qui n'ont pas fait l'objet d'une approbation écrite préalable; les services assurés hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire non urgents obtenus à l'extérieur du Canada qui n'ont pas fait l'objet d'une approbation écrite préalable; les services médicaux non urgents qui ne sont pas nécessaires sur le plan médical; les services de chirurgie dentaire qui ne sont pas nécessaires sur le plan médical ou qu'il n'est pas nécessaire de fournir dans un hôpital; et les services reçus dans le cadre d'autres programmes publics, par exemple en vertu de la *Workers' Compensation Act* et de la *Mental Health Act*, ou du ministère fédéral des Anciens combattants.

Par principe et conformément aux politiques, les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés sont fournis aux résidents en fonction d'un besoin clinique évalué. La surveillance de la conformité se fait par voie de consultation des régies régionales de la santé, des médecins et des dentistes. En Saskatchewan, il est interdit d'imposer des frais pour tout service hospitalier, médical ou de chirurgie dentaire médicalement nécessaire. Il est par contre possible d'en imposer à l'égard de services ou de produits médicaux améliorés, mais seulement s'ils ne sont pas réputés médicalement nécessaires. La surveillance de la conformité se fait par voie de consultation des régies régionales de la santé, des médecins et des dentistes.

Le gouvernement peut désassurer des services hospitaliers si on juge qu'ils ne sont plus médicalement nécessaires. De telles décisions sont prises par voie de discussion entre les régies régionales de la santé, les praticiens et les fonctionnaires du ministère de la Santé.

Par ailleurs, certains services de chirurgie dentaire peuvent être désassurés s'ils ne sont pas jugés médicalement nécessaires. Ces décisions sont prises après consultation des chirurgiens-dentistes de la province, et le directeur administratif de la Medical Services Branch assure la gestion du processus.

Des services médicaux peuvent également être désassurés si on juge qu'ils ne sont pas médicalement nécessaires. De telles décisions sont prises par voie de consultation de la Saskatchewan Medical Association, et le processus est géré par le directeur administratif de la Medical Services Branch.

S'il y a lieu, des consultations publiques officielles peuvent être tenues si on envisage de désassurer des services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire.

Aucun service de santé n'a été désassuré en 2007-2008.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité

La *Saskatchewan Medical Care Insurance Act* (articles 2 et 12) et le *Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations* définissent l'admissibilité aux services de santé assurés en Saskatchewan. Aux termes de l'article 11 (devoir d'inscription) de cette *Loi*, tous les habitants de la province doivent s'inscrire au régime de soins de santé. L'amende maximale prévue à cet article pour quiconque présente de faux renseignements ou omet de présenter des renseignements nécessaires à l'inscription d'une personne peut atteindre 50 000 $.

L'admissibilité est limitée aux habitants. Un « habitant » est une personne légalement autorisée à résider au Canada, domiciliée en Saskatchewan et y résidant habituellement, ou encore toute personne déclarée résidente par le lieutenant gouverneur en conseil. Les citoyens canadiens et les résidents permanents du Canada qui viennent s'établir en Saskatchewan sont généralement admissibles à compter du premier jour du troisième mois après avoir ét. 'omicile en Saskatchewan.

Les Canadiens de retour au pays, les familles des membres des Forces canadiennes qui reviennent au pays, les étudiants et les travailleurs étrangers sont admissibles lorsqu'ils établissent domicile en Saskatchewan, pourvu qu'ils l'aient fait avant le premier jour du troisième mois suivant leur entrée au Canada.

Les catégories de personnes suivantes ne sont pas admissibles :

- les membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada, les détenus sous responsabilité fédérale et les demandeurs du statut de réfugié, les personnes en visite dans la province;

- les personnes assurées par le régime de leur province ou de leur territoire de résidence qui séjournent en Saskatchewan (par exemple, les étudiants et les travailleurs assurés par le régime de leur province ou de leur territoire de résidence aux termes des dispositions concernant les absences temporaires).

Toutefois, ces catégories de personnes peuvent devenir admissibles dans les cas suivants :

- les personnes qui quittent les Forces canadiennes ou la Gendarmerie royale du Canada, pourvu qu'elles soient alors en poste en Saskatchewan ou habitants de cette province le jour de leur départ du service;
- les détenus sous responsabilité fédérale qui sont libérés (qui ont purgé leur sentence ou qui ont obtenu une libération conditionnelle et vivent dans la communauté);
- les demandeurs du statut de réfugié qui viennent d'obtenir ce statut au sens de la Convention relative au statut des réfugiés (documents de l'immigration exigés).

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Le processus d'inscription suivant est utilisé pour délivrer une carte d'assurance-santé et prouver l'admissibilité d'une personne aux services de santé assurés :

- tous les habitants de la province (sauf les enfants à charge de moins de 18 ans) doivent s'inscrire;
- il faut s'inscrire immédiatement après avoir établi domicile en Saskatchewan;
- l'inscription se fait en personne à Regina, ou par la poste;
- chaque personne admissible inscrite reçoit une carte en plastique donnant droit aux services de santé et portant un numéro d'assurance-santé unique à neuf chiffres;
- les cartes sont renouvelées tous les trois ans (pour 2008, les cartes viennent à échéance en décembre).

Toutes les inscriptions sont familiales. Les parents et les tuteurs peuvent inscrire les enfants à charge de moins de 18 ans de leur unité familiale. Les enfants de 18 ans et plus vivant au domicile de leurs parents ou ailleurs doivent s'inscrire eux-mêmes.

En date du 30 juin 2007, 1 014 649 personnes étaient inscrites en Saskatchewan.

3.3 Autres catégories de personnes

Les autres catégories de personnes admissibles à la couverture des services de santé assurés sont les personnes autorisées à entrer au Canada et à y séjourner à titre de titulaire d'un permis de travail, d'un permis de séjour pour étudiants ou d'un permis du ministre délivré par Citoyenneté et Immigration Canada. Leur famille qui les accompagne peut aussi être admissible à la couverture des services de santé assurés.

Les réfugiés sont admissibles sur confirmation de leur statut de réfugié au sens de la Convention et s'ils sont de plus titulaires d'un permis de travail ou de séjour pour étudiants ou d'un permis du ministre, ou ont un statut de résident permanent, c'est-à-dire s'ils sont des immigrants reçus.

En date du 30 juin 2007, 6 159 résidents temporaires étaient inscrits au régime du ministère de la Santé de la Saskatchewan.

4.0 Transférabilité

4.1 Période d'attente minimale

En général, les assurés d'une autre province ou d'un territoire qui déménagent en Saskatchewan sont admissibles à compter du premier jour du troisième mois suivant l'établissement de la

résidence. Cependant, si un conjoint arrive avant l'autre conjoint, ce dernier devient admissible à la première des dates suivantes : a) premier jour du troisième mois suivant son arrivée; ou b) premier jour du treizième mois suivant l'établissement de résidence du conjoint arrivé le premier.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

L'article 3 du *Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations* définit les règles de transférabilité de l'assurance-santé pour les habitants de la Saskatchewan durant les absences temporaires au Canada. Cette disposition n'a pas été modifiée en 2007-2008.

Ces personnes continuent d'être assurées à condition d'avoir l'intention de retourner résider en Saskatchewan immédiatement après la période d'absence approuvée, selon les modalités qui suivent :

- **études :** pour la durée des études dans un établissement d'enseignement reconnu (une confirmation écrite du statut d'étudiant à temps plein, fournie par le registraire, est exigée chaque année);
- **emploi :** jusqu'à 12 mois (aucun document requis);
- **vacances et voyages :** jusqu'à 12 mois.

L'article 6.6 de la *Department of Health Act* autorise le paiement de services aux malades hospitalisés aux personnes admissibles de la Saskatchewan pendant une absence temporaire de la province. L'article 10 du *Medical Care Insurance Payment Regulations* de 1994 autorise le paiement des services médicaux aux personnes admissibles de la Saskatchewan pendant une absence temporaire de la province.

La Saskatchewan a conclu des ententes bilatérales de facturation des services hospitaliers avec toutes les provinces, et de facturation des services médicaux avec toutes les provinces, sauf le Québec. Les tarifs payés sont ceux de la province où le service a été rendu. L'entente de réciprocité pour les services médicaux s'applique à chaque province, sauf le Québec.

Les paiements aux médecins du Québec ou le remboursement pour les services fournis aux habitants de la Saskatchewan sont à hauteur des taux prévus dans le guide des tarifs des actes médicaux. Ils peuvent toutefois l'être à hauteur des taux du Québec, si les services ont préalablement été approuvés. Ces dernières années, les taux quotidiens prévus aux ententes de facturation réciproque des services hospitaliers ont beaucoup augmenté.

En 2007-2008, les dépenses en services assurés fournis ailleurs au Canada s'élevaient à 25,44 millions de dollars pour les services médicaux et à 48,81 millions de dollars pour les services hospitaliers.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'extérieur du Canada

L'article 3 du *Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations* définit les règles de transférabilité de l'assurance-santé pour les habitants de la Saskatchewan durant une absence temporaire du Canada.

Les étudiants, les travailleurs temporaires et les vacanciers et voyageurs continuent d'être assurés durant une absence temporaire à l'étranger à condition d'avoir l'intention de retourner résider en Saskatchewan immédiatement après la période d'absence approuvée, selon les modalités qui suivent :

- **étudiants :** pour la durée des études dans un établissement d'enseignement reconnu (une confirmation écrite du statut d'étudiant à temps plein, signée par le registraire, est exigée chaque année);
- **contrat de travail :** jusqu'à 24 mois (une confirmation écrite de l'employeur est exigée);
- **vacances et voyages :** jusqu'à 12 mois.

L'article 3 du *Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations* prévoit une couverture de durée indéterminée relativement aux absences temporaires pour les personnes dont la résidence principale est en Saskatchewan, mais qui ne peuvent

satisfaire à l'obligation légale d'y résider effectivement six mois par année en raison d'un emploi qui les oblige à voyager d'un endroit à l'autre à l'étranger (par exemple, employés de croisiéristes).

Aux termes de l'article 6.6 de la *Department of Health Act*, un habitant est admissible à la couverture de l'assurance-santé durant une absence temporaire à l'étranger. En résumé, la couverture s'applique aux services hospitaliers médicalement nécessaires fournis à un malade hospitalisé, au taux de 100 $ par jour pour les services aux malades hospitalisés et de 50 $ par visite et par jour pour les services aux malades externes.

En 2007-2008, les montants payés à l'égard de services hospitaliers fournis à l'étranger ont été de 2,29 millions de dollars pour les services aux malades hospitalisés et de 970 500 $ pour les services aux malades externes. Par ailleurs, les dépenses à l'égard des services médicaux fournis à l'étranger se sont élevées à 637 600 $.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

À l'extérieur de la province

Le ministère de la Santé de la Saskatchewan couvre, en vertu d'une entente de facturation réciproque, la plupart des soins hospitaliers et médicaux reçus ailleurs au Canada par les habitants de la province. Ainsi, les habitants n'ont pas besoin d'une approbation préalable pour recevoir des services assurés ailleurs au Canada, et des frais ne leur seront pas imposés à l'égard de ces services. Les frais de déplacement, les repas et l'hébergement ne sont pas couverts.

Une approbation préalable est requise pour les services suivants offerts à l'extérieur de la province :

- traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, services de santé mentale et pour joueurs compulsifs;
- opération de la cataracte, ostéodensitométrie et IRM non urgente.

Le spécialiste du patient doit obtenir l'approbation préalable du Ministère.

À l'extérieur du pays

Une approbation préalable est requise pour les services offerts à l'étranger suivants :

- Le médecin spécialiste qui veut diriger un patient vers l'étranger pour recevoir un traitement non disponible en Saskatchewan ou ailleurs au pays doit d'abord demander l'approbation du régime d'assurance-santé du ministère de la Santé de la Saskatchewan. La Saskatchewan Cancer Agency est consultée pour les demandes de traitement du cancer à l'étranger. Si l'approbation est accordée, le ministère de la Santé de la Saskatchewan couvrira tous les frais du traitement, à l'exception des services non couverts dans la province.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Pour que l'argent ne soit pas un obstacle à l'accès aux services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés, la surfacturation par les médecins ou les chirurgiens-dentistes ainsi que l'imposition de frais modérateurs sont interdits en Saskatchewan.

Le Saskatchewan Human Rights Code interdit la discrimination dans la prestation de services publics (ce qui inclut les services de santé assurés) fondée sur la race, la croyance, la religion, la couleur, le sexe, l'orientation sexuelle, la situation de famille, l'état matrimonial, l'invalidité, l'âge, la nationalité, l'ascendance ou le lieu d'origine.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

En date du 31 mars 2008, il y avait en Saskatchewan 2 957 lits dotés en personnel dans 66 hôpitaux de soins actifs, soit 2 374 lits pour soins actifs, 208 lits pour soins psychiatriques et 375 lits pour d'autres soins. Le centre de réadaptation Wascana comptait 48 lits pour soins de réadaptation et 204 lits pour soins prolongés. Des soins de réadaptation sont

également offerts dans une unité de réadaptation gériatrique d'un hôpital de soins actifs et dans deux établissements de soins spéciaux.

Effectifs de soignants

La Saskatchewan s'engage à veiller à ce que ses habitants aient accès aux fournisseurs et services de santé dont ils ont besoin. Comme il a été mentionné précédemment, une des principales priorités du gouvernement de la Saskatchewan est de s'assurer que la province recrute, maintienne en poste et forme les fournisseurs de soins nécessaires à son système au cours des prochaines années; des initiatives et activités supplémentaires seront mises en œuvre aux termes d'un nouveau plan décennal des ressources humaines en santé, qui sera élaboré au cours des prochains mois.

L'examen de la tendance relative aux professionnels de la santé choisis montre que le personnel dans la majorité des professions de la santé en Saskatchewan a augmenté entre 2002 et 2006 (tableau 1).

En ce qui a trait à la disponibilité du matériel et des services de diagnostic, de soins médicaux, de chirurgie et de traitement dans les établissements fournissant les services hospitaliers assurés, le ministère de la Santé de la Saskatchewan fait observer ce qui suit :

- Les appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) se trouvent à Saskatoon (2) et à Regina (2).
- Les appareils de tomodensitométrie sont disponibles à Saskatoon (4), Regina (3), Prince Albert (1), Swift Current (1), Moose Jaw (1), Yorkton (1), North Battleford (1) et Lloydminster (1).
- La dialyse rénale est offerte à Saskatoon, Regina, Lloydminster, Prince Albert, Tisdale, Yorkton, Swift Current, North Battleford et Moose Jaw.
- Les services de traitement du cancer sont fournis par les deux cliniques anticancéreuses de la Saskatchewan Cancer Agency : le Saskatoon Cancer Centre et la Allan Blair Cancer Agency à Regina. En 2007, environ 5 000 nouveaux patients ont entrepris un traitement anticancéreux. Dans les deux centres, environ 39 000 traitements de radiothérapie et plus de 15 000 traitements de chimiothérapie ont été administrés à des patients de Saskatoon et de Regina.
- Seize (16) sites participent au programme communautaire d'oncologie qui permet aux malades de recevoir de la chimiothérapie et d'autres soins de soutien plus près de leur domicile, tout en maintenant un lien étroit avec les experts des centres anticancéreux de Regina et de Saskatoon. En 2007, plus de 1 200 patients se sont rendus dans les centres où le programme est offert afin de recevoir un traitement, pour un total d'environ 5 200 visites.
- Environ 73 p. 100 des services de chirurgie sont fournis à Saskatoon et à Regina. On trouve dans ces villes les médecins spécialistes, le personnel spécialisé et l'équipement requis pour offrir une gamme complète de services chirurgicaux. Vingt-deux pour cent sont fournis dans six hôpitaux de taille moyenne situés à Prince Albert, Moose Jaw, Yorkton, Swift Current, North Battleford et Lloydminster. Le reste est fourni dans de plus petits hôpitaux des diverses régions de la province.
- Des liens avec Telehealth Saskatchewan continuent d'offrir aux habitants de régions rurales et éloignées l'accès à un spécialiste, à un médecin de famille et à d'autres fournisseurs de services de santé sans qu'ils n'aient à se déplacer sur de grandes distances.

En 2007-2008, certaines mesures ont été prises pour améliorer l'accès aux services hospitaliers assurés :

- L'accès et le recours aux services d'imagerie médicale spécialisée, notamment les services d'IRM, de tomodensitométrie et d'ostéodensitométrie ont augmenté de façon constante en Saskatchewan. En 2007-2008, environ 15 728 patients ont bénéficié de services d'IRM et environ 74 947 patients se sont prévalus de services de tomodensitométrie.

Tableau 1 : Nombre de professionnels de la santé dans certaines professions, Saskatchewan et Canada

Occupations	Saskatchewan					Canada
	2002	2003	2004	2005	2006	2006
Audiologistes	n.d.	33	35	30	34	1 294
Chiropraticiens	183	182	182	184	184	7 318
Hygiénistes dentaires	307	334	336	347	355	19 389
Dentistes	348	378	376	364	368	18 925
Diététistes	229	242*	251*	251	262	8 422
Professionnels de la santé environnementale	58	63	63	64	80	1 375
Professionnels de la gestion de l'information sur la santé	214	221	230	246	294	3 216
Infirmières auxiliaires autorisées	2 011	2 056	2 131	2 194	2 224	67 300
Technologues de laboratoire médical	962	938	949	984	977	19 784
Physiciens médicaux	10	10	10	9	12	322
Techniciens en radiation médicale	451	445	429	453	479	16 464
Sages-femmes	5	5	8+	10+	10+	626
Infirmières praticiennes	-	-	42	75	91	1 303
Ergothérapeutes	202	211	214	217	232	11 786
Optométristes	107	108	113	117	117	4 238
Pharmaciens	1 080	1 142	1 170	1 177	1 027	27 094
Médecins~	1 778	1 751	1 745	1 770	1 818	70 870
• Omnipraticiens	1 016	1 007	913	930	952	34 038
• Spécialistes	762	744	832	840	866	36 832
Physiothérapeutes	516	530	526	534	551	16 108
Psychologues	387	374	404	418	431	15 751
Infirmières autorisées	8 257	8 503	8 481	8 549	8 480	252 948
Infirmière psychiatrique autorisée	930	939	935	933	900	5 051
Inhalothérapeutes	99	97	103	97	116	7 886
Travailleurs sociaux	1 050	1 004	1 019	1 161	1 118	30 970
Orthophonistes	n.d.	213	216	240	234	6 661

n.d. données non disponibles.
* Représente les diététistes actifs.
\+ Représente les sages-femmes autorisées.
\- L'octroi du droit de pratique à titre d'IP distinct n'existait pas lors de cette année d'inscription.
~ Comprend les résidents.
Source : *Les dispensateurs de soins de santé au Canada, de 1997 à 2006 — Guide de référence* : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 2008.

Nota : La comparaison du nombre de professionnels pour 100 000 habitants peut être trompeuse, car elle ne tient pas compte des façons différentes dont les services de santé sont fournis.

- Telehealth Saskatchewan s'est avéré un outil efficace pour la consultation clinique et le perfectionnement professionnel dans le Nord de la province. Le ministère de la Santé de la Saskatchewan continue d'appuyer ce réseau. Telehealth Saskatchewan compte 26 sites dans la province.
- Les cliniques d'insuffisance rénale chronique établies à l'été 2001 dans les régions de Regina Qu'Appelle et de Saskatoon continuent d'accueillir plus de patients. Leur but est de retarder le moment où les patients devront être dialysés et de mieux les préparer à choisir un traitement – hémodialyse, dialyse péritonéale ou dialyse à domicile, ou encore, transplantation. Le nombre de patients qui consultent est beaucoup plus élevé que le nombre de patients dialysés. En date du 31 mars 2005, 817 patients bénéficiaient des services de ces cliniques. En date du 31 mars 2008, ce nombre était passé à plus de 1 100.
- La Cancer Agency est responsable du programme provincial de dépistage du cancer du sein. Le programme de dépistage est offert dans sept sites de la province, et une unité mobile de mammographie se rend dans les collectivités qui ne disposent pas d'un site permanent. De 34 000 à 37 000 mammographies sont effectuées chaque année dans le cadre de ce programme.
- Le programme de prévention du cancer du col de l'utérus est un programme de la Cancer Agency, qui vise à augmenter le nombre de femmes qui subissent régulièrement un test de Papanicolaou et à assurer le suivi des résultats insatisfaisants ou anormaux. En 2007, plus de 112 000 avis de résultats et 265 000 lettres d'avis ou d'information ont été envoyés.
- Le programme provincial de maladies hématologiques malignes et de transplantation de cellules souches continue d'offrir des transplantations de cellules souches aux patients de la Saskatchewan. En 2007-2008, 33 patients atteints d'un cancer du sang agressif ou avancé ou d'un cancer d'un autre système ont reçu une transplantation de cellules souches ou de moelle osseuse. Le programme offre désormais des stages cliniques officiels aux résidents de médecine interne de l'Université de la Saskatchewan.

L'achat de biens d'équipement par les régies régionales de la santé se fait conformément aux critères définis dans l'accord sur la santé de février 2003. Les acquisitions des régies régionales de la santé font l'objet d'un examen afin de s'assurer qu'elles cadrent avec les stratégies et priorités provinciales en matière de santé et les principes de l'accord sur la santé. En 2007-2008, les acquisitions de biens d'équipement ont permis d'améliorer l'accès aux services d'imagerie diagnostique et de chirurgie.

Le ministère de la Santé de la Saskatchewan accorde toujours la priorité à l'amélioration de l'accès aux services de chirurgie et du système provincial de soins chirurgicaux. En s'appuyant sur les conseils du Saskatchewan Surgical Care Network, le Ministère agit comme chef de file national de la mise en œuvre d'initiatives clés axées sur le système de soins chirurgicaux.

Le Ministère a déjà établi et adopté un nouveau processus d'évaluation des patients, un registre des chirurgies, et des temps d'attente cibles pour la chirurgie dans le cadre du plan d'action en matière de santé de la Saskatchewan.

- Le nouveau processus d'évaluation des patients favorise la cohérence et l'équité en uniformisant les facteurs dont les médecins tiennent compte pour déterminer l'urgence de l'intervention pour un patient donné. Ainsi, ceux qui ont le plus besoin d'être opérés le seront en premier.
- Le registre des chirurgies de la province est une base de données exhaustive qui permet au système de soins chirurgicaux d'améliorer la gestion de l'accès, de déterminer sa capacité et les ressources requises et de réduire les temps d'attente pour les patients.

- Les temps d'attente cibles en chirurgie permettent aux régions sanitaires de faire un meilleur suivi des patients, et aux patients de recevoir des soins en fonction de leur niveau de besoin. En mars 2004, ils ont été définis comme des « objectifs » pour le système de soins chirurgicaux. Sur la recommandation du Saskatchewan Surgical Care Network, le nombre de niveaux de priorité pour la chirurgie a été ramené de six initialement à quatre (plus la chirurgie d'urgence qui doit être comptée et dont il doit être rendu compte séparément) depuis avril 2006, pour laisser plus de latitude aux chirurgiens et aux régions dans la gestion des listes d'attente afin de réduire les délais maximums.

Le site Web du réseau de soins chirurgicaux de la Saskatchewan a été lancé en janvier 2003. Ce site sur l'accès aux soins chirurgicaux, dont l'adresse est www.sasksurgery.ca, fournit une gamme de renseignements sur le système de soins chirurgicaux et les listes d'attente, y compris des données sur les temps et les listes d'attente, et des indications où trouver les médecins et les spécialités. Le site Web fournit aussi des renseignements sur les chirurgies effectuées, les patients en attente et les temps d'attente, ainsi que sur la manière dont le système fonctionne et la façon d'avoir accès aux services de santé dans la province. Le ministère de la Santé de la Saskatchewan collabore étroitement avec les membres des régions sanitaires, les médecins et d'autres partenaires en santé afin de maximiser l'accès aux services d'imagerie diagnostique en Saskatchewan. Tout en axant ses efforts sur l'amélioration de l'accès aux services diagnostiques spécialisés (IRM, tomodensitométrie), le Ministère assoit les fondements d'un système de prestation amélioré et viable.

Le 31 janvier 2005, le ministre de la Santé a annoncé la création d'un réseau d'imagerie diagnostique. Ce partenariat, qui associe des cliniciens, des fournisseurs de services, des représentants des régies régionales de la santé, des organismes de réglementation, des établissements d'enseignement des sciences de la santé, de la collectivité et du gouvernement, vise à assurer un accès équitable à des services d'imagerie diagnostique de qualité dans la province. En collaborant avec les partenaires participants, le réseau fait office d'organisme consultatif provincial qui contribue à la planification et à la coordination stratégiques du système d'imagerie diagnostique pour l'ensemble de la province.

Le réseau supervise les initiatives suivantes :

- Mise en œuvre d'un système d'information radiologique et d'archivage et transmission de radiographies (RIS/PACS) dans la province. Le système d'information radiologique sert à faire le suivi des patients et des services d'imagerie diagnostique qui leur sont donnés. Le système d'archivage et transmission, quant à lui, permet de consulter, d'enregistrer et d'extraire les images numérisées ayant servi au diagnostic.
- Mise sur pied d'un programme pluriannuel de remplacement de l'équipement : le ministère de la Santé de la Saskatchewan et les régies régionales de la santé ont dressé l'inventaire de l'équipement d'imagerie diagnostique dont dispose la province et préparé un plan d'acquisition d'équipement et de déploiement du nouvel équipement d'imagerie diagnostique.
- Création et mise en œuvre de la définition provinciale du temps d'attente, du classement des urgences et des points de référence pour les temps d'attente applicables à l'IRM et à la tomodensitométrie. Ces lignes directrices uniformisent les temps d'attente pour l'imagerie diagnostique et fixent des buts en matière de temps d'attente.
- Projet pilote d'un outil provincial d'aide à la décision : un outil d'aide à la décision pour l'imagerie diagnostique aidera le médecin traitant à demander le bon test dès le départ en entrant ses directives fondées sur des données probantes dans un outil convivial et rapide servant à commander des tests par voie électronique.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

En date du 31 mars 2008, la province comptait 1 795 médecins autorisés à exercer dans la province et à participer au régime d'assurance-santé. De ce nombre, 1 029 (57,3 p. 100) étaient des médecins de famille, et 766 (42,7 p. 100), des spécialistes.

À la même date, il y avait également quelque 369 dentistes et chirurgiens-dentistes exerçant leur profession dans les principaux centres de la Saskatchewan. Quatre-vingt-deux offraient des services assurés dans le cadre du régime d'assurance-santé.

En 2007-2008, des initiatives de recrutement et de maintien en poste de médecins ont été lancées ou poursuivies, ce qui a permis d'améliorer l'accès aux services médicaux assurés et de réduire les temps d'attente.

Programmes des spécialistes

- Programme de perfectionnement des spécialistes – Des subventions pouvant atteindre 80 000 $ par année sont offertes à des spécialistes pour leur permettre de se perfectionner. Le financement est assorti d'un engagement de service post-formation.
- Programme de couverture des salles d'urgence par les spécialistes – Des indemnités sont versées aux médecins spécialistes qui couvrent les salles d'urgence dans les établissements de soins actifs.
- Programme de bourses aux résidents d'une spécialité – Jusqu'à quinze bourses d'une durée maximale de trois ans sont offertes chaque année. Le financement est assorti d'un engagement de service post-formation.

Programmes des milieux ruraux et des régions

- Le programme d'exercice en région – Des subventions de 10 000 $ sont accordées aux médecins de famille admissibles qui établissent un cabinet dans un centre régional pour une durée minimale de 18 mois.
- Programme de formation et de réintégration – Deux bourses sont accordées chaque année à des médecins de famille exerçant en milieu rural qui veulent se spécialiser. Le financement est assorti d'un engagement de service post-formation.
- Programme intégré de couverture des salles d'urgence et de répit pendant les fins de semaine – Du soutien et des indemnités sont offerts aux médecins pour la couverture des salles d'urgence en milieu rural. Les collectivités comptant moins de trois médecins peuvent ainsi avoir accès à d'autres médecins qui remplacent la fin de semaine.
- Programme de subventions pour l'établissement d'un cabinet en milieu rural – Des subventions de 25 000 $ sont accordées aux médecins, formés au Canada ou résidents permanents, qui établissent leur cabinet dans une région rurale de la Saskatchewan et y exercent pendant au moins 18 mois.
- Programme de bourses d'études pour les résidents en médecine familiale – Ces bourses de 25 000 $ aident les résidents à assumer les coûts de leur formation et sont assorties d'un engagement à exercer en milieu rural.
- Programme de bourses d'études pour étudiants en médecine – Ces bourses de 15 000 $ sont assorties d'un engagement écrit à exercer en milieu rural.
- Programme de perfectionnement de la pratique en milieu rural – Les médecins qui exercent en milieu rural ont droit à un remplacement du revenu et les résidents reçoivent de l'aide, lorsque ces professionnels désirent suivre une formation spécialisée dans un domaine où il y a des besoins à combler dans les régions rurales. L'aide est assortie d'un engagement à exercer en milieu rural.
- Programme d'enseignement médical continu sur les soins d'urgence en milieu rural – Du financement est accordé aux médecins exerçant en milieu rural désireux d'obtenir ou de renouveler leur certification de compétence en médecine d'urgence et en gestion du risque. Les médecins

acceptés sont tenus d'exercer dans une région rurale de la Saskatchewan à la fin du programme de formation.

- Programme de services de suppléance – La Saskatchewan Medical Association reçoit du financement pour un service de suppléance qui permet aux médecins des régions rurales de s'absenter pour prendre des vacances, se perfectionner, etc.
- Programme de services médicaux du Nord – Cette initiative tripartite du ministère de la Santé de la Saskatchewan, de Santé Canada et de l'Université de la Saskatchewan vise à stabiliser l'effectif médical dans le Nord de la Saskatchewan.
- Programme de congé prolongé offert en milieu rural – Les médecins exerçant en milieu rural qui veulent parfaire leurs connaissances et compétences dans certains domaines, comme l'anesthésie, l'obstétrique et la chirurgie, peuvent se faire rembourser leurs frais de scolarité et leur manque à gagner pour une période allant jusqu'à six semaines.
- Programme d'aide aux déplacements pour les médecins exerçant en milieu rural – Une aide est fournie aux médecins qui doivent se déplacer pour participer à des activités éducatives.
- Réseau de télésanté du Nord – Les médecins des régions éloignées ou isolées ont accès à des collègues, à des spécialistes et à de l'éducation permanente.

Autres programmes

- Programme des autres modes de paiement et des services de soins primaires – Un soutien est accordé aux initiatives qui encouragent les médecins à recourir à des professionnels para-médicaux et favorisent l'intégration des services médicaux aux autres services communautaires.
- Programme de maintien en poste à long terme – Ce programme récompense les médecins qui exercent dans la province depuis au moins dix ans.
- Programme de congé parental – Mis sur pied en 2004, ce programme offre des prestations aux médecins en cabinet privé qui prennent un congé de maternité, de paternité ou d'adoption.

5.4 Rémunération des médecins

Le processus de négociation des ententes sur la rémunération des services assurés, avec les médecins et les dentistes, est décrit à l'article 48 de la *Medical Care Insurance Act* :

- un comité d'étude de la rémunération médicale est mis sur pied dans les quinze jours suivant l'émission, par la Saskatchewan Medical Association ou le gouvernement, de l'avis de commencer les discussions sur la nouvelle entente;
- chaque partie doit nommer au plus six représentants au comité;
- l'objectif du comité est de préparer une entente satisfaisante pour les parties en ce qui concerne les services assurés;
- dans l'impossibilité de parvenir à une entente satisfaisante, la question peut être renvoyée au Comité d'étude de la rémunération médicale, formé de deux personnes qui sont chacune nommée par une des parties et qui, à leur tour, choisissent un troisième membre;
- le Comité a le pouvoir de prendre des décisions ayant force obligatoire.

La plus récente entente de trois ans avec la Saskatchewan Medical Association, qui expire le 31 mars 2009, prévoyait une hausse de 2,8 p. 100 par année pour la durée de l'entente. Des hausses similaires ont aussi été accordées aux médecins non rémunérés à l'acte. Parmi les autres modalités de l'entente, citons un total de 11,8 millions de dollars pour un certain nombre de programmes incitatifs innovateurs qui portent sur le recrutement et la conservation du personnel et sur l'amélioration des soins dispensés aux patients :

- augmentations pour les programmes de consultation téléphonique;

- 42 millions de dollars pour améliorer l'accès aux spécialistes;
- 42 millions de dollars pour introduire un paiement pour consultation téléphonique pour certains médecins de famille en milieu urbain et pour améliorer les honoraires des médecins de famille qui apportent leur aide pendant une chirurgie;
- 4 millions de dollars pour améliorer le traitement de maladies chroniques;
- 3,8 millions de dollars pour améliorer les programmes permanents de conservation du personnel.

Aux termes de l'article 6 du *Saskatchewan Medical Care Insurance Payment Regulations* (1994), le ministre doit effectuer le paiement des services assurés conformément aux guides des tarifs des actes médicaux et dentaires.

La rémunération à l'acte est le mode de rémunération le plus courant pour la prestation de soins de santé assurés en Saskatchewan. S'y ajoutent la rémunération à la vacation, le salariat, la capitation et une association de ces modes. La rémunération à l'acte est le seul mécanisme de paiement des services de chirurgie dentaire assurés. Les dépenses pour les programmes et les services médicaux offerts dans la province se sont élevées à 613,7 millions de dollars en 2007-2008, soit 373,1 millions pour la facturation à l'acte, 22,0 millions pour les programmes de couverture des salles d'urgence, 190,7 millions pour les services non rémunérés à l'acte et 27,8 millions pour les programmes de la Saskatchewan Medical Association, tels que décrits dans l'accord.

5.5 Paiements aux hôpitaux

En 2007-2008, le financement versé aux régies régionales de la santé a été établi d'après les niveaux de financement antérieurs corrigés en fonction de l'inflation, des coûts des conventions collectives et des hausses d'utilisation. Chaque régie régionale de la santé reçoit un budget global et doit affecter les fonds en fonction des besoins en matière de services et des priorités que ses processus d'évaluation des besoins ont fait ressortir.

Les régies régionales de la santé peuvent recevoir des fonds additionnels pour les programmes hospitaliers spécialisés (p. ex. la dialyse rénale, les services spécialisés d'imagerie médicale, les services respiratoires spécialisés et les services chirurgicaux) ou pour la prestation de services aux résidents d'autres régions sanitaires.

Les paiements aux régies régionales de la santé pour la prestation de services sont effectués conformément à l'article 8 de la *Regional Health Services Act*, laquelle donne au ministre de la Santé le pouvoir d'accorder des subventions aux régies régionales de la santé et aux organismes de soins de santé, pour l'application de cette *Loi*, et d'organiser la prestation des services dans l'une ou l'autre des régions de la Saskatchewan, s'il y va de l'intérêt public de le faire.

Les régies régionales de la santé produisent un rapport annuel sur les résultats financiers globaux de leurs activités.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le gouvernement de la Saskatchewan a reconnu publiquement les contributions fédérales versées au titre du Transfert canadien en matière de santé dans le rapport annuel de 2007-2008 du ministère de la Santé, dans son budget annuel de 2007-2008 et les documents connexes, dans ses comptes publics de 2007-2008 et dans ses rapports financiers trimestriels et de mi-exercice. Ces documents ont été déposés à l'Assemblée législative et mis à la disposition des habitants de la Saskatchewan.

Les contributions fédérales ont aussi été reconnues sur le site Web du ministère de la Santé de la Saskatchewan et dans des communiqués de presse, des documents de discussion ainsi que des discours et remarques, à l'occasion de conférences, de réunions et de forums de politiques publiques.

7.0 Services complémentaires de santé

En date du 31 mars 2007, le gouvernement provincial offrait un éventail de services de santé complémentaires, dont les soins de longue durée en établissement pour les habitants de la Saskatchewan, des services de santé communautaires, comme les soins à domicile, ainsi qu'une grande diversité de programmes en matière de santé, de soutien social, de santé mentale, de traitement de la toxicomanie et de prestations pharmaceutiques.

Soins intermédiaires dans les maisons de soins infirmiers

Les foyers de soins spéciaux offrent des soins en établissement de longue durée, notamment aux personnes qui ont besoin de soins assidus. On y offre des soins et de l'hébergement, des soins de répit, des programmes de jour, des soins de nuit, des soins palliatifs et, parfois, des services de convalescence. Ces établissements sont financés par l'État, par l'entremise des régies régionales de la santé, et réglementés aux termes de la *Housing and Special-care Homes Act* et de son *Règlement*.

Dans le cadre du programme provincial d'immunisation, le ministère de la Santé de la Saskatchewan achète les vaccins pour les régies régionales de la santé afin qu'elles fournissent des services d'immunisation aux résidents des établissements de soins de longue durée et d'autres établissements semblables. Les vaccins antigrippaux et antipneumococciques sont offerts gratuitement aux services de santé publique régionaux et aux autres fournisseurs de soins de santé à des fins d'administration aux résidents des établissements.

Soins à domicile

Le Programme de soins à domicile permet aux personnes qui présentent une maladie ou une invalidité de courte ou de longue durée, plus ou moins grave, de vivre chez elles plutôt qu'en établissement. Le Programme fournit des soins et des services aux personnes qui ont besoin de soins palliatifs, de soins actifs ou de soins de soutien. Parmi les services offerts figurent l'évaluation et la coordination des soins, les soins infirmiers, les soins personnels, les soins de répit, l'entretien de la maison, la préparation des repas, les traitements et les services de bénévoles. Les personnes peuvent opter pour le financement individualisé offert par le Programme et organiser et gérer leurs propres services de soutien. Le Programme de soins à domicile est financé par le ministère de la Santé de la Saskatchewan, mis en application par les régies régionales de la santé et réglementé aux termes de la *Regional Health Services Act*.

Soins ambulatoires

Les régies régionales de la santé de la Saskatchewan offrent une gamme complète de services de santé mentale et de services aux alcooliques et aux toxicomanes. Les services de santé mentale sont réglementés aux termes de la *Mental Health Services Act*.

Les régies régionales de la santé de la Saskatchewan offrent des services de podologie qui comprennent des services d'évaluation, de consultation et de traitement. Le *Chiropody Services Regulations* de la *Department of Health Act* autorise les podologistes et les podiatres à autoréglementer leur profession.

Les régies régionales de la santé de Regina Qu'Appelle et Saskatoon offrent un programme de prothèses auditives qui comprend des services d'examen de l'acuité auditive, d'évaluation des

enfants à risque, ainsi que de vente, d'ajustement et d'entretien de prothèses auditives. Ces programmes sont réglementés aux termes de la *Hearing Aid Act* et de son règlement d'application ainsi que de la *Regional Health Services Act*.

Des services de réadaptation, dont l'ergothérapie, la physiothérapie et l'orthophonie, sont offerts par les régies régionales de la santé et aident les gens de tous âges à améliorer leur autonomie fonctionnelle. Les services, qui comprennent l'évaluation, la consultation et le traitement, sont offerts dans les hôpitaux, les centres de réadaptation, les établissements de soins prolongés, les centres de santé communautaires, les écoles et les résidences privées. Les programmes sont réglementés aux termes de la *Regional Health Services Act* et du *Community Therapy Regulations*, de la *Department of Health Act*.

Services de soins aux adultes – Services de santé mentale

Des programmes d'appartements supervisés et de foyers de groupe offrent un continuum de soutien et d'aide aux activités de la vie aux personnes atteintes d'une maladie mentale chronique. Ces programmes sont réglementés par la *Residential Services Act*.

Le ministère de la Santé de la Saskatchewan, en partenariat avec la régie régionale de la santé de Heartland, offre un programme de réadaptation aux personnes souffrant de troubles de l'alimentation et à leur famille. Ce programme est offert par le centre BridgePoint, en conformité avec les dispositions relatives aux organismes de bienfaisance de la *Income Tax Act* et de la *Regional Health Services Act*.

Services aux alcooliques et aux toxicomanes

La prestation des services aux alcooliques et aux toxicomanes est normalement réglementée par la *Regional Health Services Act*. Les établissements qui offrent des services en établissement aux alcooliques et aux toxicomanes doivent détenir un permis (voir ci-dessous). Le ministère de la Santé de la Saskatchewan ou les régies régionales de la santé passent des ententes de services avec des organisations communautaires et sans but lucratif réglementées aux termes de la *Non-profit Corporations Act*.

Les services de désintoxication fournissent au client un milieu sûr et positif où il peut entreprendre un processus de sevrage de l'alcool ou d'une drogue et de stabilisation. Hébergement, repas et groupes d'entraide sont offerts pour une période maximale de dix jours.

Des services hospitaliers sont offerts aux personnes qui ont besoin d'un programme de rétablissement intensif en raison de leur consommation d'alcool ou de drogues ou celle d'autres personnes. Les services offerts comprennent des évaluations, des consultations, des programmes d'éducation et d'entraide pour une période de quatre semaines ou plus selon les besoins.

Les services d'hébergement de longue durée comportent des programmes de maintien et de transition pour une période prolongée aux personnes aux prises avec une chimiodépendance et une toxicomanie. Ces établissements offrent des services de consultation ainsi que des programmes d'éducation et de prévention des rechutes dans un environnement sûr et positif.

Personnes inscrites					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
1. Nombre total de personnes inscrites au 30 juin(#) [1]	1 007 753	1 018 057	1 021 080	1 003 231	1 014 649

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**	**2007-2008**
2. Nombre (#) :					
a. soins actifs	66	65	66	66	66
b. soins chroniques	0	0	0	0	0
c. soins de réadaptation	1	1	1	1	1
d. autres	0	0	0	0	0
e. total	67	66	67	67	67
3. Paiement des services de santé assurés ($) :					
a. soins actifs	811 561 671 [2]	867 261 000 [2]	922 675 000 [2]	1 173 115 000 [2]	1 277 632 000 [2]
b. soins chroniques	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
c. soins de réadaptation	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	s.o.
d. autres	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
e. total	811 561 671	867 261 000	922 675 000 [2]	1 173 115 000 [2]	1 277 632 000 [2]
Établissements privés à but lucratif	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**	**2007-2008**
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#) :					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0
5. Paiement des services de santé assurés donnés par des établissements privés à but lucratif ($) :					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0

Services hospitaliers assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
6. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	4 561	4 307	4 566	4 627	4 212
7. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	30 528 100	30 461 943	33 671 100	36 828 100	31 569 400
8. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	45 510	51 678	55 067	52 591	81 787
9. Paiements totaux, consultations externes ($)	6 405 900	9 345 190	11 044 200	11 573 400	17 240 900
Services hospitaliers assurés offerts à l'extérieur du Canada					
10. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	231	254	248	242	245
11. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	728 400	730 849	2 033 300	2 473 400	2 291 200
12. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	875	1 002	1 194	1 454	1 381
13. Paiements totaux, consultations externes ($)	373 300	251 957	1 486 500	1 019 500	970 500

1. Les données de la Saskatchewan sont celles en date du 30 juin.
2. Cette somme comprend le financement estimatif du gouvernement aux régies régionales de la santé (RRS), fondé sur les dépenses totales prévues moins les revenus de source non gouvernementale, tel qu'il a été fourni au ministère de la Santé de la Saskatchewan dans les plans opérationnels annuels des RRS.
   - Les soins actifs financés sont : les services de soins actifs; les services hospitaliers spécialisés; les services offerts par des spécialistes en milieu hospitalier.
   - Ne comprend ni les soins de réadaptation aux patients hospitalisés, ni les services de santé mentale aux patients hospitalisés, ni les services de traitement des toxicomanies.
   - Ne comprend pas les paiements à la Saskatchewan Cancer Agency pour les traitements de chimiothérapie et de radiothérapie aux malades externes.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
14. Nombre de médecins participants (#) :					
a. omnipraticiens	946	967	990	1 003	1 029
b. spécialistes	716	718	729	750	766
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	1 662	1 685	1 719	1 753	1 795
15. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
16. Nombre de médecins qui ne participent pas (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
17. Services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement :					
a. nombre de services (#)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
b. paiements totaux ($)	449 108 573	491 805 817	528 759 380	554 193 389	585 863 285
18. Services médicaux rémunérés à l'acte :					
a. nombre de services (#)	9 933 689	9 970 606	10 033 881	9 944 187	10 289 448
b. paiements totaux ($)	304 538 785	337 816 629	362 884 810	369 664 529	401 172 658

Services médicaux assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
19. Nombre de services (#)	509 784	513 694	542 651	603 687	561 415
20. Paiements totaux ($)	19 477 300	20 379 200	20 541 894	24 239 622	25 442 417
Services médicaux assurés offerts à l'extérieur du Canada					
21. Nombre de services (#)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
22. Paiements totaux ($)	583 200	510 600	695 900	692 600	637 600

Services chirurgicaux et dentaires assurés offerts dans la province ou le territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
23. Nombre de dentistes participants (#)	94	84	78	74	82
24. Nombre de services fournis (#)	18 300	19 400	18 511	18 203	16 347
25. Paiements totaux ($)	1 345 900	1 442 800	1 539 420	1 511 882	1 577 176

Alberta

Introduction : Le système de soins de santé de l'Alberta

L'Alberta offre des services médicalement nécessaires et assurés dans le cadre d'un système public qui respecte les principes de la *Loi canadienne sur la santé* : gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité. Les services médicalement nécessaires comprennent les soins hospitaliers, les services médicaux ainsi que certains types de services offerts par des chirurgiens stomatologistes et autres professionnels des soins dentaires.

Gestion du système de santé

Le système de santé de l'Alberta est défini dans la loi et géré par le ministre de la Santé et du Mieux-être. Le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta assure l'orientation stratégique et la direction du système de santé provincial. Ce rôle consiste notamment à définir la vision globale du système de santé, à déterminer les buts, les objectifs, les normes et les politiques, à encourager l'innovation, à fixer les priorités et à affecter les ressources. Le rôle du Ministère est d'assurer la transparence et d'établir un équilibre entre les besoins en matière de services de santé et la responsabilité financière. Le Ministère a aussi un important rôle de promotion et de protection de la santé. Ce rôle consiste : 1) à surveiller l'état de santé de la population; 2) à déterminer les risques que représentent les maladies transmissibles ainsi que les dangers posés par les aliments, les médicaments et l'environnement, et à chercher à les réduire ou à les éliminer; 3) à fournir l'information nécessaire pour prévenir l'apparition de maladies et les blessures; 4) à encourager des choix santé.

Aux termes de la *Regional Health Authorities Act*, les régies régionales de la santé doivent rendre compte au ministre de la prestation de services de santé qui répondent aux besoins des personnes et des collectivités. Les régies régionales de la santé assurent la prestation de soins hospitaliers actifs, de soins communautaires et de longue durée, de services de santé mentale, de services de protection et de promotion de la santé publique et d'autres services connexes. Par ailleurs, aux termes de la *Cancer Programs Act*, l'Alberta Cancer Board doit rendre compte au ministre de la prestation de services de prévention et de traitement liés au cancer, de la sensibilisation à cette affection et des recherches dans ce domaine. En vertu de l'*Alcohol and Drug Abuse Act*, l'Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission est responsable, devant le ministre, de la prestation de services visant à régler les problèmes d'alcool et d'autres problèmes de drogues et de jeux de hasard ainsi que de la réalisation de recherches connexes. L'Alberta Mental Health Board conseille le ministre sur les questions de politique et de stratégie relatives aux programmes et aux services de santé mentale. Le Health Quality Council of Alberta fait la promotion de la sécurité des patients et de la qualité des services de santé à l'échelle provinciale. Le conseil participe à la mise en œuvre et à l'évaluation de stratégies visant à améliorer la sécurité des patients et la qualité des services de santé; de plus, il interroge les Albertains sur leur expérience et leur satisfaction relativement aux services de santé. Les régies régionales de la santé ainsi que les conseils et les organismes de santé provinciaux ont également la responsabilité de déterminer les besoins, de fixer les priorités, d'affecter les ressources et de surveiller le rendement pour l'amélioration continue de la qualité, de l'efficacité et de l'accessibilité des services de santé. La législation albertaine sur la santé peut être consultée à l'adresse suivante :

http://www.health.alberta.ca/about/health_legislation.html (en anglais)

Faits marquants survenus en 2007-2008

En 2007-2008, le Ministère a poursuivi la réalisation de son but consistant à améliorer le rendement et l'accessibilité du système de santé lorsqu'il s'agit de répondre aux besoins de la population albertaine. Voici quelques réalisations clés :

- L'adoption de la *Tobacco Reduction Act* prévoit la mise en place de l'interdiction de fumer dans les endroits publics et les lieux de travail dans l'ensemble de la province.
- L'adoption de la *Mental Health Amendment Act* prévoit des mesures de soins supplémentaires visant l'intervention et le traitement pour les personnes atteintes d'une maladie mentale. Cette modification permet de renforcer les services de santé mentale dans les communautés.
- Une stratégie provinciale de contrôle et de prévention des infections assortie de normes clairement énoncées visant la sécurité des patients a été mise en place en janvier 2008.
- L'accès à l'immunisation fait partie d'une nouvelle stratégie de 10 ans visant à minimiser le risque de maladies pouvant être prévenues par la vaccination.
- Un nouveau réseau portant sur les accidents cérébro-vasculaires a amélioré la capacité des régions sanitaires à travailler ensemble sur la prévention, le diagnostic et le traitement des personnes ayant subi un accident cérébro-vasculaire.
- Un nouveau Health Workforce Plan en vue de recruter et de maintenir en poste les médecins, les infirmières et les travailleurs de la santé, d'augmenter la capacité de formation et d'examiner l'évaluation des compétences des travailleurs de la santé étrangers a été mis en place de façon sérieuse et prioritaire.
- On a augmenté, de sept, le nombre de réseaux de soins primaires pour un total de 26 réseaux à travers la province. Ces réseaux regroupent plus de 1 400 médecins et offrent des services à plus de 1,4 million d'Albertains.
- Des fonds ont été alloués à des projets prioritaires de soins de longue durée en vue d'augmenter le nombre de lits et ainsi répondre aux pressions de croissance du système de soins de santé.
- Le système de soins de santé a été recentré sur la promotion du mieux-être. Les initiatives Healthy U, Healthy Workplaces, Diabetes Atlas et Create a Movement ont donné un nouvel élan aux volets vie active et manger mieux.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta administre le régime d'assurance-santé de l'Alberta à des fins non lucratives et conformément à la *Loi canadienne sur la santé*. Depuis 1969, l'*Alberta Health Care Insurance Act* régit les activités du régime d'assurance-santé de l'Alberta. Le ministre de la Santé et du Mieux-être détermine les services assurés par le régime d'assurance-santé de l'Alberta.

1.2 Liens hiérarchiques

Le ministre de la Santé et du Mieux-être est entièrement responsable du régime d'assurance-santé de l'Alberta. La *Government Accountability Act* prévoit les structures de planification, de rapports hiérarchiques et de responsabilisation que le gouvernement et les organisations responsables doivent respecter.

1.3 Vérifications des comptes

Le vérificateur général de l'Alberta est le vérificateur de tous les ministères et services gouvernementaux, de tous les fonds réglementés et de tous les organismes provinciaux; il doit garantir au public la crédibilité des rapports financiers gouvernementaux. Le vérificateur général de l'Alberta a complété sa vérification

du ministère de la Santé et du Mieux-être le 22 mai 2008 et a indiqué que les états financiers présentaient, de façon juste, à tous égards importants, la situation financière et les résultats des activités pour l'exercice prenant fin le 31 mars 2008.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

En Alberta, les régies régionales de la santé rendent compte au ministre de la prestation des services hospitaliers assurés, sauf ceux des centres anticancéreux, qui relèvent de l'Alberta Cancer Board. La *Hospitals Act*, le *Hospitalization Benefits Regulation* (AR 244/1990), la *Health Care Protection Act* et le *Health Care Protection Regulation* (AR 208/2000) définissent la façon dont les services assurés sont fournis par les hôpitaux ou les établissements de chirurgie désignés. Aux termes de la *Loi*, le ministre doit approuver tous les établissements hospitaliers et tous les établissements de chirurgie. Un répertoire des hôpitaux approuvés en Alberta se trouve à l'adresse suivante :

http://www.health.alberta.ca/regions/Hospital_directory.pdf (en anglais)

En 2007-2008, aucune modification n'a été apportée à la *Loi* régissant les services hospitaliers assurés.

La *Health Care Protection Act* de l'Alberta régit la prestation de services chirurgicaux par des établissements chirurgicaux extra-hospitaliers. La prestation de services assurés exige que le ministre approuve un marché entre l'exploitant de l'établissement et une régie régionale de la santé. Sont également exigés la désignation par le ministre d'un établissement de chirurgie autre qu'un hôpital et l'agrément par le Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta. Selon le Collège, il y aurait présentement 63 établissements chirurgicaux extra-hospitaliers agréés. De ce nombre, 26 établissements ont des contrats avec des régies régionales de la santé pour la prestation de services assurés.

En vertu de la *Health Care Protection Act*, le ministre peut approuver une entente contractuelle seulement si :

- les services chirurgicaux assurés sont conformes aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*;
- il y a, et il y aura vraisemblablement à l'avenir, un besoin en ce qui concerne les services dans la région visée;
- les services chirurgicaux proposés n'ont pas d'incidence négative sur le système de santé public de la province;
- un avantage est prévu pour le public;
- la régie régionale de la santé a prévu un plan d'affaires acceptable pour le paiement des services;
- l'entente proposée renferme des attentes et des mesures en ce qui concerne le rendement;
- les médecins qui fourniront les services le feront conformément aux exigences en matière de conflits d'intérêts et d'éthique de la *Medical Profession Act* et de son *Règlement*.

Les services financés par l'État fournis dans les hôpitaux autorisés de l'Alberta vont des services de diagnostic et de traitement des niveaux les plus élevés fournis aux malades hospitalisés et externes aux soins courants et à la prise en charge des patients présentant une affection chronique diagnostiquée. Les services auxquels les patients ont accès en Alberta sont définis dans le *Hospitalization Benefits Regulation* (AR 244/1990). Le *Règlement* se trouve à l'adresse suivante :

http://www.health.alberta.ca/about/health_legislation.html (en anglais)

Il n'existe pas de processus courant d'examen des services hospitaliers assurés, car la liste des services assurés comprise dans le *Règlement* se veut à la fois complète et générique et ne requiert ni d'examen de routine ni de mise à jour. Les modifications des services médicaux spécifiques se trouvent dans le barème des prestations médicales et elles sont décrites dans la section qui suit.

2.2 Services médicaux assurés

L'*Alberta Health Care Insurance Act* régit la rétribution des médecins pour les services médicaux assurés dans le cadre du régime d'assurance-santé de l'Alberta (section 6). Seuls les médecins qui satisfont aux exigences de l'*Alberta Health Care Insurance Act* peuvent offrir des services assurés au titre du régime d'assurance-santé de l'Alberta.

En date du 31 mars 2008, 6 058 médecins étaient inscrits au régime d'assurance-santé de l'Alberta. Pour s'inscrire à ce régime, le médecin doit remplir le formulaire d'inscription approprié et fournir une copie de son permis d'exercice délivré par un organisme de réglementation de la profession compétent, comme le Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta. Aux termes de l'article 8 de l'*Alberta Health Care Insurance Act*, les médecins peuvent choisir de ne pas participer au régime d'assurance-santé de la province. En date du 31 mars 2008, il n'y avait aucun médecin non participant dans la province.

L'*Alberta Health Care Insurance Regulation* définit les services qui ne sont pas considérés comme étant des services de santé de base ou complémentaires. Le *Medical Benefits Regulation* établit les services qui sont payés pour ce qui est des services médicaux assurés fournis aux résidents de l'Alberta. Ces services sont documentés dans le barème des prestations médicales affiché à l'adresse suivante :

http://www.health.alberta.ca/professionals/somb.html (en anglais)

Le barème des prestations médicales est constamment révisé et mis à jour. En 2007-2008, on a révisé le barème afin d'y ajouter le modificateur indice de masse corporelle (IMC) prévoyant l'inclusion d'un paiement supplémentaire de 25 p. 100 pour des interventions sélectives, des services obstétriques et d'anesthésie pour les patients adultes dont l'IMC est de 35 ou plus et les patients pédiatriques dont l'IMC est au delà du 97e percentile sur une courbe de croissance pédiatrique approuvée. Les autres changements comprennent : des entretiens familiaux formels portant sur un enfant décédé, l'examen d'enfants mort-nés, l'injection de toxine botulinique pour traitement de la sialorrhée, la néphrectomie partielle par voie laparoscopique, la pyéloplastie laparoscopique, l'hystérectomie radicale par laparascopie et la lymphadénectomie radicale bilatérale, la thérapie photodynamique et la chirurgie en cas d'acné.

Avec la mise en oeuvre des nouvelles lignes directrices sur les Advanced Ambulatory Care Services et Urgent Care Services, on a apporté des modifications au barème en vue d'indemniser les médecins fournissant des services, y compris les frais additionnels et les rappels aux Advanced Ambulatory Care and Urgent Care Centers communautaires de l'Alberta administrés sur une base régionale. Afin d'améliorer l'accès aux services fournis par l'entremise des établissements résidentiels de l'Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, les modifications apportées au barème prévoyaient la mise en oeuvre du code des services médicaux complets portant sur les visites et le formulaire d'admission. Le Clinical Stabilization Initiative Business Cost Program a été mis en place afin de permettre le versement d'un paiement supplémentaire aux médecins pour des services spécifiques fournis dans un cabinet ou un centre de diagnostic inscrit auprès du ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta.

Les services médicaux assurés et les modifications apportées au barème des prestations médicales se négocient entre le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta, l'Alberta Medical Association (AMA) et les régies régionales de la santé. Toutes les modifications apportées au barème des prestations médicales doivent être approuvées par le ministre.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

En Alberta, un dentiste peut effectuer quelques actes de chirurgie dentaire assurés, mais la plupart de ces interventions peuvent seulement être facturées au régime d'assurance-santé de l'Alberta lorsqu'elles sont pratiquées par un dentiste spécialisé en chirurgie

buccale et maxillo-faciale qui satisfait aux dispositions de l'*Alberta Health Care Insurance Act*. En vertu de l'article 7 de l'*Alberta Health Care Insurance Act*, tous les dentistes sont réputés participer au régime. Un dentiste peut se désengager du régime en avisant le ministre par écrit de la date de son retrait et en s'assurant que chaque patient est informé qu'il n'exerce plus dans le cadre du régime avant que des services quelconques ne lui soient fournis. En date du 31 mars 2008, aucun dentiste ne s'était désengagé du régime de l'Alberta.

L'Alberta assure un certain nombre d'interventions de chirurgie buccale et maxillo-faciale médicalement nécessaires qui figurent dans le barème des prestations de chirurgie buccale et maxillo-faciale, affiché à l'adresse suivante :

http://www.health.alberta.ca/professionals/allied.html (en anglais)

En 2007-2008, 207 dentistes et chirurgiens stomatologistes fournissaient des services assurés dans le cadre du régime d'assurance-santé de l'Alberta. Il n'existe pas d'entente officielle entre les dentistes et le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta, mais le Ministère rencontre les membres de l'Alberta Dental Association and College pour discuter des modifications au barème des prestations de chirurgie buccale et maxillo-faciale. Toute modification au barème doit être approuvée par le ministre.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

L'article 12 du *Health Care Insurance Regulation* définit les services qui ne sont pas réputés être des services assurés. Le paragraphe 4(2) du *Hospitalization Benefits Regulation* dresse la liste des services hospitaliers non assurés.

La politique provinciale pour les chambres privées ou semi-privées et les biens ou services hors normes se trouve sur le site Web du Ministère à l'adresse :

http://www.health.alberta.ca/regions/PrefAcc.pdf.

La politique expose les attentes de la province à l'égard des régies régionales de la santé et guide la prise de décisions de ces dernières en ce qui concerne l'offre de chambres privées ou semi-privées et la prestation de biens et de services bonifiés ou hors normes. Ce cadre de politique exige que les régies régionales de la santé donnent un avis de 30 jours aux autres régies régionales de la santé et à la personne désignée par le ministre quant aux catégories de chambres offertes par la région sanitaire et aux frais imposés pour chaque catégorie. Les régies régionales de la santé doivent également fournir un avis de 30 jours aux autres régies régionales de la santé et à la personne désignée par le ministre quant aux biens ou aux services qui seront fournis comme biens ou services hors normes. Elles doivent aussi fournir des renseignements au sujet des frais pour ces biens ou services et, s'il y a lieu, indiquer les critères ou les signes cliniques qui pourraient permettre à des patients d'en bénéficier en tant que biens ou services standard. Enfin, chaque régie régionale de la santé doit publier et tenir à jour une liste des biens et des services médicaux hors normes; ces listes sont revues périodiquement par le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta et les régies régionales de la santé.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité

Aux termes de l'*Alberta Health Care Insurance Act*, tous les habitants de la province sont admissibles aux services de santé financés par le secteur public au titre du régime d'assurance-santé de l'Alberta. Par « habitant », on entend une personne légalement autorisée à être et à rester au Canada, qui est domiciliée en Alberta et qui y vit habituellement. Le terme « habitant » exclut les touristes et les personnes de passage ou en visite en Alberta. Les personnes de l'étranger qui déménagent en Alberta pour y établir leur résidence permanente sont admissibles à la couverture si elles ont le statut de résident permanent,

ou de résident permanent ou de citoyen canadien rentrant au pays. Les résidents temporaires peuvent également être admissibles au régime s'ils ont l'intention de demeurer en Alberta pendant 12 mois et si leurs documents d'entrée au Canada sont en règle.

Les habitants qui ne sont pas admissibles au régime d'assurance-santé de l'Alberta mais qui relèvent du gouvernement fédéral sont les suivants :

- les membres des Forces canadiennes;
- les membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC) nommés à un grade;
- les détenus des pénitenciers fédéraux.

En 2007-2008, aucune modification relative à l'admissibilité n'a été apportée à la *Loi*.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Les nouveaux habitants de l'Alberta doivent s'inscrire au régime d'assurance-santé de la province et y inscrire également leurs personnes à charge admissibles. Les membres d'une même famille sont inscrits au même compte aux fins de la facturation des primes. Les nouveaux habitants de la province doivent présenter leur demande d'inscription dans les trois mois de leur arrivée. Les personnes arrivant de l'extérieur du Canada sont inscrites au régime le jour où elles deviennent des résidentes de l'Alberta. Toutefois, elles n'ont pas droit aux taux subventionnés pendant les 12 premiers mois de résidence en Alberta. Le processus d'inscription au régime et de délivrance de cartes de remplacement exige que les personnes qui s'inscrivent produisent des pièces d'identité et des documents attestant qu'elles sont autorisées à être au Canada et qu'elles résident en Alberta. Ces mesures ont accru la sécurité et la protection de la confidentialité, tout en réduisant les risques de fraude et d'abus. En date du 31 mars 2008, 3 473 996 habitants de l'Alberta étaient inscrits au régime d'assurance-santé. En vertu de la *Health Insurance Premiums Act*, un habitant peut se retirer du régime d'assurance-santé de l'Alberta en présentant une déclaration en ce sens au ministre.

En date du 31 mars 2008, 292 habitants de l'Alberta s'étaient retirés du régime.

3.3 Autres catégories de personnes

Les résidents temporaires en provenance de l'étranger qui peuvent être réputés résidents du Canada sont notamment les personnes ayant une fiche de visiteur ou une autorisation d'études ou d'emploi et les titulaires d'un permis ministériel. En date du 31 mars 2008, 45 531 personnes étaient couvertes aux termes de conditions semblables.

3.4 Primes

La majorité des habitants de l'Alberta doivent payer des primes d'assurance-santé, à l'exception :

- des personnes à charge (les habitants de la province doivent payer des primes au nom de leurs personnes à charge);
- des membres des Forces canadiennes;
- des membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC) nommés à un grade;
- des détenus des pénitenciers fédéraux;
- des personnes de 65 ans et plus ainsi que leur conjoint et les personnes à leur charge;
- des particuliers inscrits dans le cadre de groupes spéciaux comme l'Alberta Widows' Pension ou les programmes de soutien du revenu;
- de quiconque a droit à la subvention complète aux fins du paiement de la prime;
- de toute personne qui choisit de se retirer du régime.

Même si les Albertains doivent payer des primes, la couverture ne sera refusée à aucun habitant de la province parce qu'il ne peut payer ses primes. Deux programmes aident les Albertains à faible revenu, autres que des aînés, à payer les primes : le Premium Subsidy Program (subventions) et le Waiver of Premium Program (exonération totale des primes).

4.0 Transférabilité

4.1 Période d'attente minimale

En vertu de la *Alberta Health Care Insurance Act*, les personnes d'une autre région du Canada qui déménagent en permanence en Alberta sont assurées à compter du premier jour du troisième mois suivant leur arrivée.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Le régime d'assurance-santé de l'Alberta offre une couverture pour les 12 premiers mois d'absence des habitants admissibles de l'Alberta qui résident temporairement ailleurs au Canada. Les personnes qui désirent prolonger cette couverture peuvent demander les prolongations suivantes :

- quatre ans (48 mois) si l'absence est attribuable au travail, aux affaires ou à des œuvres missionnaires;
- deux ans (24 mois) si l'absence est attribuable à un voyage, à des visites personnelles ou à un congé de formation (sabbatique);
- la durée des études si l'absence est attribuable à l'inscription à temps plein à un établissement d'enseignement agréé.

Les personnes qui s'absentent régulièrement de l'Alberta chaque année doivent habituellement y passer un total cumulatif de 183 jours au cours d'une période de 12 mois pour demeurer assurées. Les personnes qui ne sont pas présentes en Alberta pendant les 183 jours prescrits peuvent être réputées résidentes de l'Alberta si elles convainquent le ministère de la Santé et du Mieux-être que l'Alberta est leur lieu de résidence permanent et principal.

L'Alberta est partie aux ententes interprovinciales de facturation réciproque des services hospitaliers et médicaux. Ces ententes visent à limiter le nombre de processus de facturation complexes et à faire en sorte que les professionnels de la santé qui fournissent des services aux habitants d'une autre province ou d'un autre territoire (le Québec ne participe pas à l'entente de facturation réciproque des services médicaux) soient payés dans les meilleurs délais possibles. Aux termes de ces ententes, l'Alberta paie les coûts des services assurés reçus ailleurs au Canada par les Albertains aux taux de la province ou du territoire où le service a été rendu. En 2007-2008, aucune modification n'a été apportée à la loi concernant la transférabilité à l'intérieur du pays. Au cours de l'exercice 2007-2008, l'Alberta a versé 69,3[1] millions de dollars pour des services hospitaliers d'urgence fournis à des résidents de l'Alberta hospitalisés et ayant obtenu des services de consultation externe dans d'autres provinces. D'autres renseignements sur la couverture pendant les absences temporaires au Canada sont fournis à :

http://www.health.alberta.ca/ahcip/ahcip_travel.html (en anglais)

La section 16 du *Hospitalization Benefits Regulation* porte sur le paiement des services hospitaliers qui sont reçus au Canada mais à l'extérieur de l'Alberta. La section 4 du *Medical Benefits Regulation* porte sur les services médicaux reçus au Canada mais à l'extérieur de l'Alberta. Ces sections n'ont pas été modifiées en 2007-2008.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'extérieur du Canada

La couverture du régime d'assurance-santé de l'Alberta est offerte les six premiers mois consécutifs d'absence temporaire à l'étranger. Les habitants de la province qui désirent prolonger cette couverture peuvent demander les prolongations suivantes :

1. Ce chiffre pourrait ne pas correspondre à celui présenté dans le tableau statistique. Il est basé sur la date de paiement au cours de l'exercice et il comprend un décalage de 365 jours pour la présentation des demandes; il provient du système IMAGIS du ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta. Les chiffres présentés dans le tableau statistique sont fondés sur la date de service et comprennent un décalage de service de trois mois. Ils proviennent du système de production de rapports appellé Hospital Medical Reciprocal Reporting System.

- quatre ans (48 mois) si l'absence est attribuable au travail, aux affaires ou à des œuvres missionnaires;
- deux ans (24 mois) si l'absence est attribuable à un voyage, à des visites personnelles ou à un congé de formation (sabbatique);
- la durée des études si l'absence est attribuable à l'inscription à temps plein à un établissement d'enseignement agréé.

Les personnes qui s'absentent régulièrement de l'Alberta chaque année doivent habituellement y passer un total cumulatif de 183 jours au cours d'une période de 12 mois pour demeurer assurées. Les personnes qui ne sont pas présentes en Alberta pendant les 183 jours prescrits peuvent être réputées résidentes de l'Alberta si elles convainquent le ministère de la Santé et du Mieux-être que l'Alberta est leur lieu de résidence permanent et principal.

Le montant maximal payable à l'égard de services hospitaliers aux patients hospitalisés à l'extérieur du pays est de 100 dollars canadiens par jour (excluant le jour du congé). Le taux par visite des soins aux malades externes est de 50 dollars canadiens, à raison d'une visite par jour. La seule exception est l'hémodialyse qui peut commander un maximum de 341 $ par visite, à raison d'une visite par jour. Les services offerts par des médecins et des membres de professions paramédicales sont payés aux taux de l'Alberta. On peut obtenir de plus amples renseignements sur la protection au cours d'absences temporaires à l'étranger à l'adresse :

http://www.health.alberta.ca/ahcip/ahcip_travel.html.

Au cours de l'exercice 2007-2008, l'Alberta a versé 7[2] millions de dollars pour des services hospitaliers d'urgence fournis à des résidents de l'Alberta hospitalisés et ayant obtenu des services de consultation externe dans un autre pays.

La section 16 du *Hospitalization Benefits Regulation* porte sur le paiement des services hospitaliers qui sont reçus à l'extérieur du Canada. La section 5 du *Medical Benefits Regulation* porte sur les services médicaux reçus à l'extérieur du Canada. Ces sections n'ont pas été modifiées en 2007-2008.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Une approbation préalable n'est pas nécessaire pour les services assurés non urgents reçus au Canada, mais à l'extérieur de l'Alberta, sauf pour les actes médicaux onéreux non compris dans les ententes de réciprocité, comme la chirurgie pour changement de sexe et la chirurgie au scalpel gamma. Une approbation préalable est nécessaire pour les services non urgents reçus hors du pays et ne sera accordée que pour les services assurés qui sont médicalement nécessaires, ne sont pas expérimentaux et ne sont pas offerts en Alberta ni ailleurs au Canada. Pour être pris en charge par le régime, ces services doivent être préalablement approuvés.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Tous les habitants de l'Alberta ont accès aux services de santé financés et assurés par la province, peu importe où ils habitent. Dans la province, neuf régies régionales de la santé, l'Alberta Cancer Board, l'Alberta Mental Health Board et le Health Quality Council of Alberta collaborent pour assurer à tous les Albertains l'accès aux services de santé nécessaires. Deux grandes régions métropolitaines, les régions sanitaires de Calgary et de la capitale (Edmonton), fournissent, pour l'ensemble de l'Alberta, des services

2. Ce chiffre pourrait ne pas correspondre à celui présenté dans le tableau statistique. Il est basé sur la date de paiement au cours de l'exercice et il comprend un décalage de 365 jours pour la présentation des demandes; il provient du système IMAGIS du ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta. Les chiffres présentés dans le tableau statistique sont fondés sur la date de service et comprennent un décalage de service de trois mois. Ils proviennent du système de production de rapports appellé Hospital Medical Reciprocal Reporting System.

de santé payés aux habitants de la province qui ont besoin de services de diagnostic ou de traitement de niveau tertiaire.

L'Alberta est déterminée à s'assurer que les Albertains ont accès aux nouvelles technologies et aux nouveaux services dans le domaine de la santé, et que l'introduction de ces technologies et services s'appuie sur des données cliniques et économiques qui justifient les avantages et les coûts. L'Alberta Health Technologies Decision Process et l'Alberta Advisory Committee on Health Technologies ont été établis pour appuyer les décisions relatives à la couverture et au financement au niveau provincial des technologies et services non pharmaceutiques selon un processus fondé sur des données probantes.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Le ministère de la Santé et du Mieux-être, les régies régionales de la santé, l'Alberta Cancer Board et l'Alberta Mental Health Board participent activement à un processus de planification qui vise à assurer la présence d'un nombre suffisant de professionnels de la santé clés dans la province. Les principales professions appelées à fournir les services hospitaliers assurés sont les médecins, les infirmières (infirmières autorisées, auxiliaires et praticiennes), les pharmaciens, les thérapeutes en réadaptation (ergothérapeutes, physiothérapeutes et inhalothérapeutes) et le personnel de soutien clinique. En date du 31 mars 2008, l'Alberta comptait environ 54 514 praticiens dans le domaine de la santé.

Les régies de la santé doivent élaborer des plans d'immobilisations dans le cadre des plans d'activités annuels qu'elles présentent au ministre de la Santé et du Mieux-être. En 2007-2008, le financement des régies régionales de la santé et des conseils provinciaux (comprenant les services de santé, les hôpitaux, l'équipement médical et les services offerts pour l'ensemble de la province) s'est élevé à 6,7 milliards de dollars.

Le plan d'immobilisations du Ministère pour 2007-2010 prévoyait des fonds pour rénover et agrandir les établissements de santé en place et construire de nouveaux établissements. Les principaux travaux d'agrandissement d'hôpitaux existants se déroulent à Calgary, à Medicine Hat, à Lethbridge, à Rimbey, à Barrhead et à Viking. De nouveaux hôpitaux sont en voie de construction à Calgary, à Sherwood Park, à Fort Saskatchewan et à High Prairie. Un financement a également été annoncé pour un nouvel hôpital à Grande Prairie. De plus, on est en train de remplacer de vieux établissements de soins de longue durée à Red Deer, à High Prairie, à Vermilion et à Vegreville.

Les travaux ont débuté à la nouvelle clinique à Edmonton. Ces travaux amélioreront l'accès aux soins de santé. Ils permettront de former des fournisseurs de soins de santé aux nouvelles méthodes et feront la promotion d'une approche axée sur les patients. Ils permettront également de créer un nouveau modèle pour les services de consultation externe, les sciences de la santé, l'enseignement interprofessionnel et la recherche interdisciplinaire. Les travaux de construction du nouveau Mazankowski Alberta Heart Institute à Edmonton se poursuivront. Le nouvel établissement améliorera les options de traitement offertes à la population albertaine et fera progresser les initiatives de recherche et d'innovation prioritaires à la fois pour la région sanitaire de la capitale et pour l'University of Alberta.

On est en train d'améliorer l'accès aux soins liés aux accidents cérébro-vasculaires et au cancer. Un nouveau réseau provincial lié aux accidents cérébro-vasculaires a permis d'améliorer la capacité des régies régionales de la santé de collaborer à des programmes de prévention et de traitement et de soins des patients après un accident cérébro-vasculaire. Les méthodes d'amélioration de l'efficacité des chirurgies de remplacement des articulations de la hanche et du genou, y compris un centre d'évaluation et d'aiguillage, ont été évaluées dans

le cadre d'un projet pilote terminé en 2007. On est en train de mettre en oeuvre la nouvelle méthode de traitement dans toutes les régions.

Afin d'améliorer l'accès aux services de radiothérapie, une stratégie a été élaborée en vue de créer le projet « Capacity Corridor for Cancer Radiation Therapy » nord-sud qui permettra l'établissement de trois nouveaux centres de radiothérapie à Lethbridge, à Red Deer et à Grande Prairie. Ce projet est en partie financé au moyen d'une entente relative à une garantie de délai d'attente avec Santé Canada.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Un nouveau Health Workforce Action Plan (2007-2016) a été annoncé en septembre 2007. Le plan d'action comprend 19 initiatives clés en vue de répondre à des problèmes d'effectif dans le système de la santé en Alberta. En 2007-2008, 30 millions de dollars ont été alloués à huit activités clés comprenant un réseau d'évaluation des compétences et des possibilités de carrière dans le domaine de la santé, l'amélioration de la capacité de formation clinique, la mise en oeuvre d'un certain nombre de politiques et des consultations continues auprès de groupes d'intervenants sur des approches créatrices en vue d'attirer et de maintenir en poste le personnel au sein de l'effectif du secteur de la santé au pays et d'attirer des professionnels de la santé qui travaillent à l'étranger. Une neuvième activité recommandée, soit l'achat d'équipements en vue de réduire et de prévenir les blessures lors de la levée de poids, a été financée au moyen d'un montant supplémentaire de 27,5 millions de dollars provenant des régies de la santé de l'Alberta.

Voici certaines mesures prises pour améliorer l'accès aux services médicaux et dentaires :

- Sept réseaux de soins primaires ont été mis en place portant le total à 26 réseaux à travers la province. Ces réseaux regroupent environ 1 400 médecins et offrent des services à plus de 1,4 millions d'Albertains. Les médecins de famille qui oeuvrent au sein de ces réseaux collaborent avec les régies de la santé et utilisent une approche axée sur le travail en équipe en vue d'améliorer l'accès et de fournir aux patients des services de soins de santé primaires coordonnés et complets.
- Le gouvernement a investi plus de 5 millions de dollars en vue d'évaluer le niveau de compétences des infirmières autorisées formées à l'étranger et d'augmenter le nombre d'infirmières autorisées qui travaillent en Alberta. Le College and Association of Registered Nurses (CARNA) a reçu plus de 500 000 $ pour appuyer le volet évaluation des demandes d'admission présentées par les infirmières formées à l'étranger qui veulent exercer en Alberta. Le Grant MacEwan College a reçu 750 000 $ afin de rembourser les infirmières inscrites au programme de cours de recyclage en sciences infirmières. Un total de 216 infirmières ont reçu du financement et 44 infirmières ont terminé ce programme. Le Mount Royal College a reçu près de 4 millions de dollars pour que le programme d'évaluation intègre un volet à l'intention des infirmières autorisées formées à l'étranger qui souhaitent obtenir l'autorisation d'exercer en Alberta. Après avoir reçu ce financement, le Mount Royal College a évalué les compétences de 114 infirmières et il a construit un nouveau bureau à Edmonton en vue d'augmenter sa capacité d'évaluation.
- Le programme Aboriginal Health Careers a offert une aide financière à 50 étudiants autochtones boursiers (Premières Nations et Métis) pour leur permettre d'obtenir un grade ou un diplôme dans un secteur ou l'autre du domaine de la santé auprès d'une université, d'un collège ou d'un institut de technologie. Les montants octroyés variaient de 3 000 $ à 10 000 $ par étudiant. Les domaines d'étude des récipiendaires de cette année comprenaient la biochimie, la médecine, la dentisterie, les sciences infirmières, la physiothérapie, la kinésiologie et l'ergothérapie.

- L'Alberta International Medical Graduate Program a reçu un financement de 3,4 millions de dollars, ce qui a permis d'offrir 48 postes de résidents en médecine à des diplômés en médecine formés à l'étranger qui veulent exercer en Alberta. Le gouvernement a également investi un montant de 1,2 million de dollars aux régies de la santé de Calgary et David Thompson afin d'offrir aux diplômés en médecine formés à l'étranger de plus grandes possibilités de travailler sous surveillance à titre de clinicien adjoint.
- Un soutien financier a été accordé pour 1 106 postes pour résidents en médecine en Alberta et 1 165 postes en 2008-2009, ce qui représente une augmentation de 31 p. 100 des postes de résidents en médecine en Alberta par rapport au nombre de ce genre de postes il y a cinq ans. Un nombre supplémentaire de 48 places de formation adaptée aux besoins ont également reçu un soutien financier en 2007-2008 en vue de faciliter la double certification, la mise à niveau, le recrutement de conjoints, les transferts et la mise à jour des compétences des résidents en médecine et des médecins actuels de l'Alberta. Ces augmentations reflètent l'engagement du ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta de s'assurer que les médecins recevront la formation requise pour répondre aux besoins de services en Alberta.
- Quatorze nouvelles initiatives cliniques novatrices en télésanté ont été mises sur pied en 2007-2008. Ces initiatives ont augmenté la gamme variée de services de soins de santé qui peuvent être offerts aux résidents vivant en milieux ruraux et isolés. Ces services ont permis à un plus grand nombre de personnes de demeurer dans leurs communautés et d'y recevoir les soins et les services requis. Les projets financés comprenaient la gestion du traitement de chimiothérapie par voie intraveineuse, des consultations en chirurgie pédiatrique, de l'éducation sur l'asthme et les allergies, des services d'extension en télésanté mentale et des soins pour patients atteints de VIH.

5.4 Rémunération des médecins

L'*Alberta Health Care Insurance Act* régit la rémunération des médecins. La plupart des médecins albertains sont rémunérés par le régime d'assurance-santé de l'Alberta selon le mode traditionnel de rémunération à l'acte, qui est fonction du volume. Les régimes prévoyant d'autres modes de rémunération et les réseaux de soins primaires auxquels participent des spécialistes et des médecins de famille contribuent à l'amélioration des résultats sanitaires en favorisant une prestation de soins novatrice.

La rémunération des médecins est négociée dans le cadre d'un accord trilatéral entre l'Alberta Medical Association, le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta et les régies régionales de la santé. Cet accord prévoit l'amélioration de l'accès aux services médicaux. Aux termes du même accord, d'autres modes de rémunération (AMR) ont été institués pour favoriser le recrutement et le maintien en poste de médecins spécialistes, la prestation des services en équipe, l'accès aux services, la satisfaction des patients et l'optimisation des ressources. Les AMR assurent un financement prévisible qui permet aux groupes de médecins de recruter de nouveaux médecins dans leurs programmes et de retenir leurs services. Ces AMR sont uniques en ce sens qu'ils offrent des solutions de rechange au financement traditionnel de la prestation des services de santé par le gouvernement.

Cet accord autorise également les médecins de famille à établir des partenariats avec leurs régions sanitaires pour créer des réseaux de soins primaires appelés à gérer l'accès à toute heure du jour aux services de première ligne. Les réseaux de soins primaires œuvrent en équipe pour coordonner les soins à leurs patients. Les médecins de famille travaillent avec les régions sanitaires pour mieux intégrer les services de santé en assurant la liaison avec les services régionaux, comme les soins à domicile. Les médecins de famille peuvent également travailler avec d'autres professionnels de la santé,

comme des infirmières, des diététistes, des pharmaciens, des physiothérapeutes et des spécialistes de la santé mentale, qui aident à fournir des services à l'intérieur des réseaux.

À l'instar de la majorité des médecins, les dentistes qui fournissent des services de chirurgie buccale et maxillo-faciale assurés aux termes du régime d'assurance-santé de l'Alberta reçoivent de celui-ci une rémunération à l'acte, qui est fonction du volume. Le ministère de la Santé et du Mieux-être établit les tarifs par voie de consultation avec l'Alberta Dental Association and College.

5.5 Paiements aux hôpitaux

La *Regional Health Authorities Act* régit le financement des régies régionales de la santé et des conseils provinciaux. En Alberta, le financement fondé sur la population est la formule retenue afin de fournir aux régies régionales de la santé l'argent requis pour assurer la prestation de la plupart des services hospitaliers assurés. Les régies régionales reçoivent également une subvention pour les services de soins de santé mentale assurés fournis dans les hôpitaux psychiatriques et les services de santé mentale en milieu communautaire. Les régions sanitaires de la capitale et de Calgary reçoivent des fonds pour fournir des services hautement spécialisés à tous les habitants de la province. Pour sa part, l'Alberta Cancer Board reçoit des fonds de subventions pour la prestation de services assurés dans les centres anticancéreux et le paiement des services d'oncologie reçus dans les hôpitaux régionaux. Les régies régionales de la santé et l'Alberta Cancer Board doivent planifier l'allocation du financement des services hospitaliers assurés selon les évaluations des besoins régionaux et les plans de santé.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le gouvernement de l'Alberta a reconnu publiquement la contribution fédérale au titre du Transfert canadien en matière de santé dans ses publications de 2007-2008.

7.0 Services complémentaires de santé

L'Alberta assure également la couverture totale ou partielle de services de santé non obligatoires aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*. Ces services incluent les soins à domicile et les soins de longue durée; les services de santé mentale; les services de dentisterie, de denturologie et d'optométrie pour les bénéficiaires de la pension aux personnes veuves de l'Alberta et leurs personnes à charge; les soins palliatifs; les programmes d'immunisation pour les enfants; les services paramédicaux, comme l'optométrie; les services de chiropractie et de podiatrie; les médicaments et autres prestations par l'entremise de la Croix-Bleue de l'Alberta pour les bénéficiaires admissibles.

Personnes inscrites					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#)	3 165 157	3 210 035	3 275 931	3 384 625	3 473 996

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**	**2007-2008**
2. Nombre (#) :					
a. soins actifs	102	101	101	102	102
b. soins chroniques	107	106	103	98	98
c. soins de réadaptation	1	1	1	1	1
d. autres	3	3	3	3	3
e. total	213	211	208	204	204
3. Paiement des services de santé assurés ($) :					
a. soins actifs	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
b. soins chroniques	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
c. soins de réadaptation	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
d. autres	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
e. total	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	2003-2004	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**	**2007-2008**
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#) :					
a. installations chirurgicales	n.d.	n.d.	n.d. [3]	n.d. [3]	26
b. établissements d'imagerie diagnostique	n.d.	n.d.	n.d. [3]	n.d. [3]	n.d. [3]
c. total	n.d.	n.d.	n.d. [3]	n.d. [3]	n.d. [3]
5. Paiement des services de santé assurés donnés par des établissements privés à but lucratif ($) :					
a. installations chirurgicales	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
b. établissements d'imagerie diagnostique	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
c. total	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Services hospitaliers assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
6. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	4 651	4 550	4 508	4 608	5 334
7. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	19 411 517	20 139 919	21 080 232	22 005 293	27 481 524
8. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	68 469	72 495	77 438	82 710	101 455
9. Paiements totaux, consultations externes ($)	7 982 851	11 473 142	12 820 959	14 305 024	18 004 246
Services hospitaliers assurés offerts à l'extérieur du Canada					
10. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	3 319	4 266	4 124	3 698	4 014
11. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	300 233	381 217	379 710	336 859	378 043
12. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	3 405	4 089	3 918	3 816	3 934
13. Paiements totaux, consultations externes ($)	212 949	227 609	222 896	224 761	214 162

3. Ces données se trouvent sur le site Web du College of Physicians and Surgeons of Alberta à http://www.cpsa.ab.ca/home/home.asp (en anglais).

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
14. Nombre de médecins participants (#) :					
a. omnipraticiens	2 937	3 026	3 122	3 237	3 361
b. spécialistes	2 426	2 475	2 463	2 613	2 697
c. autres	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
d. total	5 363	5 501	5 585	5 850	6 058
15. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#) :					
a. omnipraticiens	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
b. spécialistes	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
c. autres	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
d. total	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
16. Nombre de médecins qui ne participent pas (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
17. Services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement :					
a. nombre de services (#)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
b. paiements totaux ($)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
18. Services médicaux rémunérés à l'acte :					
a. nombre de services (#)	30 044 400	31 683 660	33 428 098	34 031 123	35 054 154
b. paiements totaux ($)	1 272 779 982	1 348 724 184	1 472 634 054	1 558 128 163	1 718 717 023

Services médicaux assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
19. Nombre de services (#)	485 841	444 884	479 029	463 410	548 423
20. Paiements totaux ($)	15 139 409	15 871 755	17 745 928	17 450 377	20 899 683
Services médicaux assurés offerts à l'extérieur du Canada					
21. Nombre de services (#)	20 753	26 017	24 944	22 909	22 055
22. Paiements totaux ($)	963 299	1 208 422	1 049 384	1 054 544	1 105 831

Services chirurgicaux et dentaires assurés offerts dans la province ou le territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
23. Nombre de dentistes participants (#)	216	216	230	220	207
24. Nombre de services fournis (#)	14 802	14 658	17 007	16 783	16 769
25. Paiements totaux ($)	2 404 042	2 843 638	3 275 978	3 637 243	3 913 975

Colombie-Britannique

Introduction

La Colombie-Britannique a un système de soins de santé intégré et progressif qui comprend les services assurés aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*, les services financés entièrement ou partiellement par le gouvernement de la Colombie-Britannique et les services réglementés mais non financés par celui-ci. Le ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique a la responsabilité globale d'assurer la disponibilité de services de santé appropriés, opportuns et de qualité pour les Britanno-Colombiens. Le Ministère travaille avec six régies de la santé, des fournisseurs de soins, des organismes et d'autres groupes dans le but d'assurer un accès aux soins. Le Ministère assume un leadership auprès des partenaires de l'exécution des services, en plus de leur offrir une orientation et du soutien, et il définit des buts, des normes et des attentes à l'échelle provinciale en ce qui a trait à la prestation de services de santé par les régies de la santé.

Le Ministère gère directement un certain nombre de programmes et de services provinciaux. Parmi les programmes directement gérés, on compte les suivants : le régime d'assurance-santé (Medical Services Plan), qui couvre la plupart des services médicaux; l'assurance-médicaments, qui offre une assurance pour les médicaments de prescription; l'Emergency Health Services Commission, qui fournit des services ambulanciers. Le Ministère s'occupe également de programmes de santé et d'information, dont le *BC HealthGuide* et les programmes NurseLine ainsi que la BC Vital Statistics Agency.

Les six régies de la santé de la province sont les principales organisations responsables de la prestation des services de santé à l'échelle locale. Cinq régies régionales de la santé assurent la prestation d'un continuum complet de services de santé afin de répondre aux besoins de la population dans leur région respective. Une sixième régie de la santé, la Provincial Health Services Authority, est responsable de la gestion de la qualité, de la coordination et de l'accessibilité de certains programmes et services de santé provinciaux spécialisés offerts par l'entremise des organismes suivants : BC Cancer Agency, BC Centre for Disease Control, BC Children's Hospital et Sunny Hill Health Centre for Children, BC Provincial Renal Agency, BC Transplant Society, BC Women's Hospital & Health Centre, Forensic Psychiatric Services Commission, Provincial Cardiac Services et Riverview Hospital.

Le Ministère surveille et évalue continuellement la prestation des services de santé et la santé de la population. Ces activités étoffent l'orientation stratégique du Ministère de manière à ce que les services de santé fournis répondent toujours aux besoins des Britanno-Colombiens.

Activités en 2007-2008

En 2007-2008, le gouvernement de la Colombie-Britannique a investi plus de 13,1 milliards de dollars pour répondre aux besoins des Britanno-Colombiens en matière de santé. Ces fonds ont été investis dans un large éventail de programmes et de services conformes aux buts du Ministère, qui sont d'améliorer la santé et le bien-être, d'offrir aux patients des soins de grande qualité et d'assurer la viabilité à long terme du système de santé public.

Les Britanno-Colombiens font partie des populations les plus en santé au Canada; néanmoins, des tendances nationales entraînent des pressions sans précédent sur le système de santé de la province. Les taux d'obésité à la hausse, le manque d'activité physique, les blessures, le tabagisme et l'usage problématique de substances ont tous une incidence sur l'état de santé des individus et font augmenter les

demandes en services de santé. De plus, la population vieillissante de la province affiche une incidence élevée de maladies chroniques, ce qui entraîne une plus forte demande en services de santé complexes et coûteux.

Les réformes en profondeur et l'introduction de nouvelles initiatives se sont poursuivies dans tous les secteurs du système, le Ministère a collaboré avec les régies régionales et les professionnels de la santé pour bâtir un système durable qui répond aux besoins des Britanno-Colombiens.

En 2007-2008, le Ministère a lancé, poursuivi ou amélioré un certain nombre de stratégies dans tout le continuum des services de santé, c'est-à-dire santé et sécurité de la population, soins primaires, prise en charge des maladies chroniques, médicaments avec Fair Pharmacare, services ambulanciers, programmes de santé mentale et de toxicomanie en milieu communautaire, services hospitaliers et chirurgicaux, soins à domicile, aide à la vie autonome, soins en établissement et soins de fin de vie. Le Ministère a également continué de veiller à ce qu'un effectif suffisant de professionnels de la santé qualifiés fournisse les services dans tout le continuum des soins.

La Colombie-Britannique a également mis la dernière main à l'initiative Conversation on Health, une discussion annuelle sans précédent avec les Britanno-Colombiens sur la façon de renforcer et d'améliorer le système de santé de la province. Cette initiative invitait les Britanno-Colombiens à envoyer leurs idées, leurs solutions et leurs recommandations concernant le système de santé par courriel, à l'aide du site Web, par lettre, au moyen de la ligne téléphonique sans frais, en communiquant avec leur député local ou en s'inscrivant à l'une des nombreuses rencontres communautaires qui se sont déroulées dans 16 collectivités entre février et juillet 2007. Le rapport sommaire sur les commentaires recueillis dans le cadre de l'initiative Conversation on Health a été publié à l'automne 2007. Ces commentaires serviront à orienter et à étoffer le processus d'élaboration, en Colombie-Britannique, de politiques et d'initiatives sur la santé afin de garantir la viabilité à long terme du système de santé de la Colombie-Britannique, qui est financé par l'État.

Réalisations importantes en 2007-2008

La santé et le bien-être

- Le Ministère a lancé la chartre sur les soins de santé primaires (Primary Health Care Charter) pour orienter la transformation de ce type de soins. La chartre définit sept priorités, dont trois qui s'attaquent directement à la prévalence croissante des maladies chroniques en améliorant les soins pour les personnes qui en sont atteintes et en prévenant leur apparition chez les personnes à risque.
- Le Ministère a amorcé une collaboration avec le nouveau ministère de la Vie saine et du Sport sur des stratégies novatrices de prestation de programmes visant à favoriser le bien-être et à accroître la compétence informationnelle en santé ainsi que l'activité physique.
- Le Ministère a réduit les effets néfastes du tabac pour la santé en limitant la promotion et la vente de produits du tabac dans le cadre de la *Tobacco Sales Act*.
- Le Ministère a interdit de fumer à l'intérieur dans tous les lieux publics et lieux de travail.
- Le Ministère a accordé une subvention de 6 millions de dollars à l'Association canadienne pour la santé mentale pour lui permettre d'intégrer des stratégies axées sur les troubles physiques qui accompagnent les troubles de santé mentale.

Dans l'optique où le gouvernement de la Colombie-Britannique souhaite ardemment combler les lacunes relatives à l'état de santé des Premières nations, le Ministère a également :

- signé le *Plan tripartite de santé des Premières nations*, qui favorise la mise en œuvre de plans de santé locaux pour toutes les Premières nations de la Colombie-Britannique et qui reconnaît l'importance fondamentale de solutions et d'approches communautaires;
- nommé le Dr Evan Adams à titre de tout premier médecin-conseil en santé autochtone d'origine autochtone;

- versé 6,3 millions de dollars pour le nouveau centre de santé en construction à Lytton, qui viendra soutenir le *Plan de santé des Premières nations* et le programme plus vaste nommé *Pacific Leadership Agenda*;
- versé 500 000 $ pour offrir davantage de soins infirmiers de grande qualité aux collectivités autochtones, et accroître le nombre d'infirmières autochtones qui pratiquent en Colombie-Britannique.

Des soins de haute qualité axés sur les patients

- Le Ministère a réduit les temps d'attente pour les chirurgies de la hanche et du genou grâce à des initiatives telles que le centre d'innovations chirurgicales. Cette année, comparativement à 2006-2007, les temps d'attente moyens sont passés de 13 à 11 semaines pour les chirurgies de la hanche et de 20 à 17 semaines pour les chirurgies de remplacement du genou.
- Pour répondre aux besoins de la population croissante du sud de l'île de Vancouver, le Ministère a investi 18,8 millions de dollars dans un service d'urgence à la fine pointe de la technologie pour le Victoria General Hospital.
- Le Ministère a investi 32 millions de dollars pour rénover et mettre à niveau l'Hôpital régional de East Kootenay, ce qui permettra à un plus grand nombre de patients d'avoir accès à l'imagerie diagnostique comme l'ultrason.
- Le Ministère a continué de travailler à l'atteinte de son objectif de 5 000 nouvelles unités pour des soins en établissement, de l'aide à la vie autonome et des logements supervisés d'ici la fin de 2008. En mars 2008, le gouvernement de la Colombie-Britannique avait mis en place 4 538 nouveaux lits et un total de 10 135 nouveaux lits, lits de remplacement et unités depuis juin 2001.
- Le Ministère a rationalisé les procédures au service d'urgence du Kelowna General Hospital et ouvert une clinique de traitement rapide au St. Paul's Hospital de Vancouver, réduisant ainsi les temps d'attente aux urgences.

Un système de santé viable, abordable et public

- Le Ministère a investi 14,2 millions de dollars dans le système électronique de médicaments pour améliorer PharmaNet. C'est un pas en avant vers l'utilisation de dossiers de santé électroniques en vue d'accroître la sécurité des patients et de réduire les erreurs de médication.
- En juin 2007, le Ministère a lancé le programme Family Physicians for BC (FP4BC) au coût de 10 millions de dollars pour attirer les médecins de famille dans des collectivités rurales et urbaines désignées grâce à du financement ciblé.
- Le Ministère a conclu une entente avec la British Columbia Medical Association garantissant les services médicaux assurés par l'ACS jusqu'en 2012.
- Le Ministère a inauguré la zone nouvellement rénovée du Fraser Valley Centre affilié à la BC Cancer Agency, où quelque 12,5 millions de dollars ont permis d'acheter du nouvel équipement de radiothérapie et d'augmenter la capacité en chimiothérapie.
- Le Ministère a ouvert une unité des soins intensifs de pointe au Royal Columbian Hospital afin d'améliorer les installations de soins intensifs du centre de traumatologie et d'optimiser le centre d'aiguillage de troisième niveau dans la régie de la santé Fraser.
- Le Ministère a investi 28 millions de dollars dans la stratégie sur les soins infirmiers de la Colombie-Britannique pour augmenter le nombre d'infirmières en exercice. Depuis 2001, le gouvernement a versé 174 millions de dollars à la stratégie sur les soins infirmiers dans le but d'aider à former, à maintenir en poste et à recruter les meilleures infirmières qualifiées.

- Le Ministère a inauguré un service d'évaluation accélérée pour les infirmières ayant obtenu leur diplôme à l'étranger.
- Le Ministère a doublé le nombre de places de première année à la faculté de médecine de la province : il y avait 256 places en septembre 2007, comparativement à 128 en 2003. Cette mesure, conjointement avec les nouvelles places de spécialisation qui sont passées de 128 en 2001 à 224 en 2007, facilitera l'accessibilité des patients aux omnipraticiens et aux spécialistes.
- Le Ministère a investi 75,1 millions de dollars dans le développement et la prestation de formation médicale, y compris 4,2 millions de dollars pour les études supérieures à l'intention des médecins ayant obtenu leur diplôme à l'étranger.
- Le Ministère a poursuivi ses investissements dans les infrastructures de formation médicale, par exemple pour l'agrandissement prévu de la faculté de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique au Kelowna General Hospital et à l'hôpital du district de Dawson Creek.
- Le Ministère a versé 30 millions de dollars au nouvel institut de recherche Terry Fox de Vancouver, qui effectue de la recherche translationnelle visant à convertir les nouvelles technologies en solutions pratiques pour les patients atteints d'un cancer.

Aller de l'avant avec les citoyens de la Colombie-Britannique

- Le Ministère a mené avec succès l'initiative Conversation on Health, une discussion annuelle sans précédent. Après plus de 12 000 envois, 5,9 millions de requêtes sur le site Web et la participation de milliers de Britanno-Colombiens aux 78 forums et réunions, des mesures prioritaires ont été recommandées pour améliorer et renouveler les services de santé de la province pour l'avenir.
- Le Ministère a effectué des sondages de satisfaction de la clientèle sur les services d'urgence et d'oncologie ambulatoire pour connaître l'expérience des patients dans le système de santé. Des renseignements sur la santé et les services de santé en Colombie-Britannique se trouvent à l'adresse suivante : www.gov.bc.ca/healthservices

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le régime d'assurance-santé de la Colombie-Britannique (Medical Services Plan – MSP) est administré par le ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique. Sont assurés en vertu du régime les services médicalement nécessaires fournis par des médecins et d'autres professionnels de la santé, les services de laboratoire et les actes diagnostiques. Le Ministère établit des buts, des normes et des objectifs de rendement pour la prestation des services de santé, en plus de travailler avec les six régies de la santé de la province pour fournir, dans les meilleurs délais, des services de santé appropriés, et de qualité, aux Britanno-Colombiens. Les services hospitaliers généraux sont fournis aux termes de la *Hospital Insurance Act* (article 8) et de son *Règlement*, de la *Hospital Act* (article 4), de la *Continuing Care Act* (article 3) et de la *Hospital District Act* (article 20).

La Medical Services Commission (MSC) gère le régime d'assurance-santé (MSP) au nom du gouvernement de la Colombie-Britannique, conformément à la *Medicare Protection Act* (article 3) et à son *Règlement*. Le but de cette *Loi* est de préserver un système public de soins de santé économiquement viable en Colombie-Britannique, où l'accès aux soins médicaux nécessaires est fondé sur le besoin et non sur

la capacité de payer de la personne. La fonction et le mandat de la MSC sont de faciliter, de la manière prévue dans la *Loi*, un accès raisonnable à des soins médicaux, à des soins de santé et à des services diagnostiques de qualité dans toute la province pour tous les citoyens de la Colombie-Britannique couverts par le régime.

La MSC est un organisme de neuf membres constitué par une loi, qui comprend trois représentants du gouvernement, trois représentants de l'Association médicale de la Colombie-Britannique (BCMA) et trois représentants du public choisis par l'association et le gouvernement pour représenter les bénéficiaires du régime.

1.2 Liens hiérarchiques

La MSC rend des comptes au gouvernement de la Colombie-Britannique par l'entremise du ministère des Services de santé; un rapport est publié chaque année pour l'exercice financier précédent, qui fait le point sur les activités de la Commission, ses sous-comités et les autres instances déléguées. Les états financiers de la MSC sont aussi publiés chaque année. Ils sont disponibles en septembre pour l'exercice financier précédent, et on y trouve la liste alphabétique des paiements de la Commission aux praticiens, aux groupes, aux cliniques, aux hôpitaux et aux centres de diagnostic.

Le Ministère fournit des renseignements détaillés dans son rapport annuel sur le rendement du système de santé public de la Colombie-Britannique. Le suivi et la présentation de ces renseignements cadrent avec l'approche stratégique du Ministère en matière de planification du rendement et de présentation de rapports sur le rendement ainsi qu'avec les exigences de la *Budget Transparency and Accountability Act* (2000) de la province.

En plus de son rapport annuel sur le rendement du système de santé, le Ministère rend des comptes au moyen de diverses publications, notamment :

- le rapport annuel sur les statistiques de l'état civil;
- le rapport sur le rendement des régies de la santé (annuel);
- le rapport annuel du médecin-hygiéniste de la province (sur la santé de la population).

1.3 Vérification des comptes

Les comptes et les transactions financières du Ministère peuvent être vérifiés par :

- les services consultatifs et de vérification interne du bureau du contrôleur général, à titre de vérificateur interne du gouvernement provincial; le contrôleur fixe le moment et la portée des vérifications internes par voie de consultation avec le comité de vérification du Ministère;
- le Bureau du vérificateur général (BVG) de la Colombie-Britannique, qui doit faire les vérifications et en présenter les résultats à l'assemblée législative. Il décide de son propre chef de faire une vérification et en détermine seul la portée. Le comité des comptes publics de l'Assemblée législative examine les recommandations du BVG et détermine si le Ministère leur a donné les suites voulues.

1.4 Organisme désigné

Le régime d'assurance-santé (MSP) de la Colombie-Britannique exige que les citoyens admissibles paient des primes. Ces primes sont prélevées par le ministère de la Petite Entreprise et du Revenu.

Revenue Services of British Columbia (RSBC) est responsable des services de gestion des revenus, ce qui comprend la gestion des comptes, la facturation, les remises et les recouvrements, au nom de la province de la Colombie-Britannique (ministère de la Petite Entreprise et du Revenu). La province demeure responsable de toutes les mesures de recouvrement appliquées par le gouvernement, en garde le contrôle et se charge de les exécuter.

RSBC doit se conformer à toutes les lois applicables, dont les suivantes :

- l'*Ombudsman Act* (Colombie-Britannique)
- la *Business Practices and Consumer Protection Act* (Colombie-Britannique)
- la *Financial Administration Act* (Colombie-Britannique)
- les lois sur la liberté de l'information, c'est-à-dire la *Freedom of Information and Protection of Privacy Act* (Colombie-Britannique), y compris les inspections en vertu de cette *Loi*, la *Personal Information Protection Act* (Colombie-Britannique) et la loi fédérale équivalente, s'il y a lieu.

Les lois habilitantes sont les suivantes :

- la *Medicare Protection Act* (Colombie-Britannique), Partie 2 – Bénéficiaires, article 8
- le *Medical and Health Care Services Regulation* (Colombie-Britannique), Partie 3 – Primes.

Le 1er avril 2005, le Ministère a passé un contrat à MAXIMUS BC pour la gestion du régime d'assurance-santé (MSP) et de PharmaCare (y compris la réponse aux demandes de renseignements du public, l'inscription des clients et le traitement des réclamations au titre de frais médicaux et pharmaceutiques des professionnels de la santé). Ce nouvel organisme s'appelle Health Insurance BC (HIBC). Les fonctions de politique et de prise de décisions continuent de relever du ministère des Services de santé.

- Le contrat avec MAXIMUS BC est rendu possible par l'entremise de la Medical Services Commission (la MSC est habilitée à gérer le régime d'assurance-santé (MSP) au nom du gouvernement de la Colombie-Britannique).
- HIBC présente des rapports mensuels au Ministère sur les niveaux de service au public et aux prestataires de soins de santé. HIBC publie également sur son site Web des rapports trimestriels sur les niveaux de rendement des services clés.
- HIBC impute les paiements sur les prestations approuvées par le Ministère, qui approuve tous les paiements avant qu'ils soient émis.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

La *Hospital Act* et le *Hospital Act Regulation* confèrent au ministre le pouvoir de désigner des établissements comme hôpitaux, d'accorder des permis à des hôpitaux privés, d'approuver les règlements des hôpitaux, d'inspecter les hôpitaux et de nommer un administrateur public. La *Loi* et le *Règlement* fixent également les paramètres généraux du fonctionnement des hôpitaux.

La *Hospital Insurance Act* confère au ministre le pouvoir de verser des paiements aux régies de la santé pour assurer le fonctionnement des hôpitaux, indique qui a droit de recevoir des services assurés et définit les « services hospitaliers généraux » qui doivent être fournis à titre de prestations. Aucune modification n'a été apportée à la *Hospital Act* ni à la *Hospital Insurance Act* ou à leurs règlements en 2007-2008.

En 2007-2008, un total of 139 établissements étaient désignés comme des hôpitaux, soit les suivants :

- 80 hôpitaux de soins actifs (hôpitaux communautaires, grands hôpitaux de soins tertiaires et d'enseignement);
- 19 hôpitaux de soins de longue durée;
- 3 hôpitaux de réadaptation;
- 37 autres hôpitaux (c'est-à-dire centres de diagnostic et de traitement, centres anticancéreux, etc.)

Les services hospitaliers sont assurés lorsqu'ils sont fournis à un bénéficiaire dans un hôpital public et qu'ils sont jugés médicalement nécessaires par le médecin, l'infirmière praticienne ou la sage-femme

de service. Ces services sont fournis sans frais aux bénéficiaires, à l'exception des frais différentiels pour les fournitures médicales ou chirurgicales à supplément, mais non médicalement nécessaires, et les chambres privées ou semi-privées quand elles ne sont pas médicalement nécessaires. Des frais journaliers, qui sont fonction du revenu, sont également imposés aux bénéficiaires de soins en établissement hébergés dans des hôpitaux de soins de longue durée ou des hôpitaux généraux.

Les services hospitaliers généraux, et les modalités de leur prestation, sont définis au titre 5 du *Hospital Insurance Act Regulations*. Pour les malades hospitalisés, ce sont l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les actes de laboratoire et de radiologie, ainsi que les interprétations nécessaires et tout acte de diagnostic ainsi que les interprétations nécessaires, approuvés par le ministre, dans un hôpital donné, et qui visent à maintenir la santé ou à prévenir, à diagnostiquer ou à traiter une maladie, une lésion ou une incapacité; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération, de travail et d'anesthésie, y compris le matériel et les fournitures nécessaires; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie; d'autres services approuvés par le ministre.

Les services hospitaliers généraux suivants sont également assurés pour les malades externes : services de chirurgie de jour; dialyse dans les hôpitaux désignés ou d'autres établissements approuvés; soins de jour pour les diabétiques dans les hôpitaux désignés; conseils en diététique fournis par des diététistes qualifiés; consultations et soins de jour en psychiatrie; réadaptation; oncothérapie et cytologie; traitement du psoriasis; avortement et imagerie par résonance magnétique (IRM).

Les services assurés dans les hôpitaux de réadaptation sont l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les médicaments, les préparations biologiques et les préparations connexes; l'usage des installations de physiothérapie et d'ergothérapie; les actes de laboratoire et de radiologie, ainsi que les interprétations nécessaires et tout acte de diagnostic ainsi que les interprétations nécessaires, approuvés par le ministre, dans un hôpital donné, et qui visent à maintenir la santé ou à prévenir, à diagnostiquer ou à traiter une maladie, une lésion ou une incapacité; d'autres services approuvés par le ministre.

Les services assurés dans les hôpitaux de soins de longue durée sont l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les médicaments, les préparations biologiques et les préparations connexes; les actes de laboratoire et de radiologie, ainsi que les interprétations nécessaires et tout acte de diagnostic ainsi que les interprétations nécessaires, approuvés par le ministre, dans un hôpital donné, et qui visent à maintenir la santé ou à prévenir, à diagnostiquer ou à traiter une maladie, une lésion ou une incapacité; d'autres services approuvés par le ministre.

Les services hospitaliers assurés n'incluent pas le transport aller-retour à l'hôpital (toutefois, les transferts en ambulance sont assurés en vertu d'un autre programme du Ministère, moyennant de légers frais d'utilisation); les services fournis à des non-bénéficiaires (sauf en cas d'urgence); les services ou les traitements qui, après examen des faits médicaux par le ministre ou une personne désignée par le ministre, ne sont pas jugées nécessaires; les services ou traitements pour une maladie ou un état exclus par règlement du lieutenant-gouverneur en conseil.

Aucun nouveau service hospitalier n'a été ajouté au cours de l'exercice financier 2007-2008.

Il n'y a pas de processus d'examen périodique des services hospitaliers assurés puisque la liste du *Règlement* se veut complète et générique et ne nécessite ni mises à jour ni examens périodiques. Il existe par contre un processus structuré pour ajouter des services médicaux particuliers (prestations pouvant être facturées par les médecins) à la liste des services assurés en vertu de la *Medicare Protection Act*, mais ce processus est décrit ailleurs.

2.2 Services médicaux assurés

La gamme des services de médecin assurés dans le cadre du régime d'assurance-santé (MSP) comprend tous les services de diagnostic et de traitement médicalement nécessaires.

Les services médicaux assurés sont fournis conformément à la *Medicare Protection Act* (MPA). Aux termes de l'article 13, les praticiens inscrits (notamment les médecins et autres professionnels de la santé, comme les sages-femmes) qui offrent des services à un bénéficiaire sont admissibles au paiement des services rendus conformément au barème d'honoraires applicable.

Sauf en cas d'exclusion expresse, les services médicaux suivants sont assurés au titre du régime d'assurance-santé (MSP), conformément à la MPA et à la *Loi canadienne sur la santé* :

- les services médicalement nécessaires pour les bénéficiaires (résidents de la Colombie-Britannique) fournis par un médecin inscrit au régime d'assurance-santé (MSP); et
- les services médicalement nécessaires fournis dans un établissement de diagnostic sous la supervision d'un médecin inscrit.

Pour exercer en Colombie-Britannique, les médecins doivent être inscrits au tableau du College of Physicians and Surgeons of British Columbia et être membres en règle de cet organisme. Ils doivent en outre être inscrits au régime d'assurance-santé (MSP) pour recevoir des paiements pour la prestation de services assurés. Au cours de l'exercice financier 2007-2008, il y avait 8 772 médecins inscrits (ce nombre inclut seulement les généralistes et les spécialistes qui ont facturé à l'acte en 2007-2008) et pratiquant la facturation à l'acte. Il y avait aussi des médecins recevant uniquement un salaire ou rémunérés à la vacation ou en vertu d'ententes contractuelles (conventions de services) avec les régies régionales de la santé. Les médecins rémunérés par ces autres modes peuvent également facturer des services à l'acte dans le cadre de leur pratique.

Les praticiens des soins de santé qui ne sont pas médecins et qui peuvent s'inscrire pour dispenser des services assurés dans le cadre du régime d'assurance-santé sont les sages-femmes ainsi que les chirurgiens-dentistes, les optométristes, les ostéopathes et les chirurgiens podiatres (appelés collectivement « supplementary benefit practitioners »). Seuls les bénéficiaires du régime qui reçoivent de l'aide pour le paiement de leurs primes ont droit aux services de physiothérapie, de massothérapie, de chiropractie, de naturopathie, d'acupuncture et de podiatrie non chirurgicale. En 2007-2008, 126 sages-femmes et 4 635 praticiens étaient rémunérés à l'acte par l'intermédiaire du régime d'assurance-santé (MSP).

Un médecin peut choisir de ne pas s'inscrire auprès de la Medical Services Commission (MSC) ou de se retirer du régime. Les médecins inscrits peuvent annuler leur inscription en donnant un préavis écrit de 30 jours à la Commission. Les coûts des services fournis par un médecin non inscrit sont entièrement à la charge du patient. Le régime d'assurance-santé (MSP) compte présentement cinq médecins qui ne parti-cipent pas au régime et deux médecins qui se sont retirés du régime.

Les médecins inscrits peuvent choisir d'être payés directement par les patients, auquel cas ils doivent faire parvenir un avis écrit à la Commission. Dans un délai de 30 à 45 jours suivant la réception de l'avis, celle-ci leur communiquera une date d'entrée en vigueur. Les patients peuvent soumettre au régime d'assurance-santé (MSP) une demande de remboursement à l'égard des frais des services assurés reçus.

Au cours de l'exercice financier 2007-2008, les services de médecin ajoutés aux services assurés du régime d'assurance-santé (MSP) incluaient des actes qui reflètent les normes de pratique actuelles, comme :

- endoscopie par capsule M2A;
- reconnaissance des sections préalablement désignées dans les répertoires de médecine interne;

- rémunération des omnipraticiens qui n'ont pas de droits hospitaliers complets pour les soins hospitaliers; rémunération accrue pour les omnipraticiens en milieu communautaire qui ont des droits hospitaliers complets pour dispenser des soins hospitaliers;
- rémunération différente des omnipraticiens pour le traitement des patients entre 50 et 59 ans;
- gestion du travail des omnipraticiens et transfert vers des centres de santé de plus haut niveau pour la prestation des soins;
- planification en santé mentale et frais de gestion pour les omnipraticiens;
- procédures d'oximétrie révisées;
- rémunération des pédiatres pour les consultations et les interventions complexes;
- nouvelles techniques pour les procédures en laboratoire, en radiologie d'intervention et en cardiologie d'intervention;
- insertion/retrait de cathéters permanents de drainage de liquide pleural;
- procédures de chirurgie cardiaque pour les défibrillateurs implantables à synchronisation automatique.

En vertu de l'accord-cadre entre le gouvernement, la MSC et la British Columbia Medical Association (BCMA), les changements apportés au barème d'honoraires (ajouts, suppressions et modifications d'honoraires) sont effectués par la Commission, sur l'avis de la BCMA. Les médecins qui veulent modifier le barème d'honoraires doivent présenter leurs propositions au comité des tarifs de la BCMA. Sur recommandation de ce comité, la Commission peut inscrire provisoirement de nouveaux actes ou de nouveaux services pendant que la liste définitive est dressée.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les services de chirurgie dentaire sont couverts par le régime lorsque l'hospitalisation est jugée médicalement nécessaire pour effectuer de façon appropriée et sécuritaire une intervention chirurgicale prévue dans le barème d'honoraires pour services dentaires. Les ajouts ou les modifications à la liste des services assurés sont effectués par le régime d'assurance-santé (MSP), sur l'avis du Dental Liaison Committee, et doivent être approuvées par la Medical Services Commission. Les actes de chirurgie dentaire assurés sont les interventions visant à traiter un trouble de la cavité buccale ou d'un élément fonctionnel de la mastication. En général, ces actes incluent la chirurgie buccale et maxillo-faciale en cas de lésions traumatiques; la chirurgie orthognathe; les extractions requises sur le plan médical; le traitement chirurgical d'un trouble de l'articulation temporomandibulaire.

Tout chirurgien-dentiste généraliste ou stomatologiste membre en règle du College of Dental Surgeons et inscrit au régime d'assurance-santé (MSP) peut offrir des services de chirurgie dentaire assurés en milieu hospitalier. En 2007-2008, il y avait 245 dentistes (ce nombre comprend seulement les stomatologistes, les chirurgiens-dentistes, les spécialistes de la médecine buccale et les orthodontistes qui ont facturé à l'acte en 2007-2008) inscrits au régime et facturant à l'acte.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les produits à emporter à domicile ou certains médicaments administrés à l'hôpital ne sont pas assurés pour les malades externes, sauf s'ils sont fournis au titre du régime d'assurance-médicaments. Les autres services exclus aux termes de la *Hospital Insurance Act* sont les services fournis par le personnel médical qui n'est pas employé par l'hôpital; les traitements pris en charge par la Workers' Compensation Board, le ministère des Anciens Combattants ou tout autre organisme; les services visant des fins purement esthétiques; le rétablissement de la fécondité.

Les services hospitaliers non assurés sont l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; la télévision, le téléphone et les services infirmiers privés; les fournitures médicales ou chirurgicales à supplément; les soins dentaires pouvant

être fournis dans une clinique dentaire, y compris les services de dentisterie prosthétique et d'orthodontie; les services à supplément fournis aux malades dans les unités ou les hôpitaux fournissant des services complémentaires de santé.

Les services non assurés au titre du régime d'assurance-santé sont les services assurés aux termes de la *Workers' Compensation Act* ou d'autres lois provinciales ou fédérales; les prothèses non implantées; les orthèses; les spécialités pharmaceutiques et les médicaments brevetés; les examens qui ne sont pas médicalement requis; les interventions de chirurgie buccale ou maxillo-faciale pratiquées au cabinet du dentiste; les consultations téléphoniques non liées aux visites assurées; le rétablissement de la fécondité; la fécondation in vitro; les services médico-légaux; la plupart des interventions de chirurgie esthétique.

L'accès aux services hospitaliers ou médicaux est accordé si le médecin traitant ou l'hôpital juge qu'ils sont médicalement nécessaires.

L'article 45 de la *Medicare Protection Act* interdit la vente ou l'émission d'une police d'assurance-santé par des assureurs privés à des patients à l'égard de services qui sont assurés lorsqu'ils sont fournis par un praticien. L'article 17 interdit d'imposer à une personne des frais à l'égard d'un service assuré ou de fournitures, de consultations, d'intervention et de l'usage d'un bureau, d'une clinique ou d'un autre endroit ou de toute autre chose associée à la prestation d'un service assuré.

Le Ministère donne suite aux plaintes des patients et prend les mesures qui s'imposent pour corriger les situations qu'on lui signale. La Medical Services Commission détermine les services qui sont assurés et a le pouvoir de désassurer des services. Les propositions à cet effet doivent lui être soumises. Une consultation peut alors être faite par le truchement d'un sous-comité de la Commission, et elle comporte normalement un examen du comité des tarifs de la British Columbia Medical Association. Il n'y a pas eu de services désassurés en 2007-2008.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité

L'admissibilité et l'inscription des bénéficiaires au régime d'assurance-santé (MSP) sont définies à l'article 7 de la *Medicare Protection Act*. La partie 2 du *Medical and Health Care Services Regulations*, établi en vertu de cette *Loi*, établit les exigences en matière de résidence. Il faut être un résident de la Colombie-Britannique pour être admissible aux services de santé assurés de la province.

Un résident, au sens de l'article 1 de la *Medicare Protection Act*, est une personne qui :

- est un citoyen canadien ou un résident permanent (personne légalement admise au Canada);
- qui établit sa résidence en Colombie-Britannique;
- qui y est effectivement présente au moins six mois par année civile;
- y compris toute personne réputée être un résident au sens du *Règlement*.

Certaines autres personnes, comme certains détenteurs de permis délivrés aux termes de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (loi fédérale), sont réputées être des résidents (voir section 3.3 ci-dessous), mais pas les touristes ou les visiteurs en Colombie-Britannique.

Les nouveaux résidents ou les personnes qui reviennent habiter en Colombie-Britannique sont admissibles après une période d'attente qui correspond normalement au reste du mois de l'arrivée plus deux autres mois. Par exemple, si une personne admissible arrive au mois de juillet, la protection entre en vigueur le 1er octobre. Si les absences du Canada au cours de la période d'attente dépassent 30 jours, l'admissibilité peut être retardée.

Tous les résidents ont droit à l'assurance-hospitalisation et à l'assurance-santé. Les résidents qui sont membres des Forces armées ou de la Gendarmerie royale du Canada, ou qui purgent une peine dans un pénitencier

défini dans la *Loi sur les pénitenciers*, sont couverts par un programme fédéral d'assurance-santé.

Le régime d'assurance-santé (MSP) de la Colombie-Britannique couvre, immédiatement après leur cessation d'emploi, leur libération ou leur retour d'une période d'affectation à l'étranger, les membres des Forces armées ou de la Gendarmerie royale du Canada ainsi que les détenus des pénitenciers fédéraux.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Les résidents doivent être inscrits au régime d'assurance-santé (MSP) pour recevoir des services médicaux et hospitaliers assurés, et les personnes admissibles sont tenues de s'inscrire. Une fois inscrits, les bénéficiaires reçoivent un numéro d'assurance-santé personnel unique et une CareCard. Il n'y a pas de date d'expiration sur la carte. On recommande aux nouveaux résidents de s'inscrire dès leur arrivée dans la province.

Les bénéficiaires peuvent faire assurer leurs personnes à charge, à condition qu'elles soient des résidents de la province. Les personnes à charge peuvent être le conjoint ou la conjointe (couple marié ou cohabitant en union libre), un enfant ou un enfant en tutelle, dont le titulaire a la charge et qui a moins de 19 ans, ou moins de 25 ans s'il fréquente une école ou une université à plein temps.

En 2007-2008, 4 409 732 habitants étaient inscrits au régime d'assurance-santé (MSP). L'inscription à ce régime est obligatoire, conformément à la *Medicare Protection Act* (article 7). Seuls les adultes qui demandent officiellement à ne participer à aucun programme de santé provincial sont exemptés. Un bénéficiaire qui souhaite se retirer du régime d'assurance-santé (MSP) peut le faire en remplissant et en présentant le formulaire prévu à cette fin (Election to Opt Out, ETOO). Cette décision est valable pour 12 mois à compter du premier du mois où la demande est reçue, après quoi chaque adulte doit présenter une nouvelle demande pour continuer de ne pas participer au régime.

3.3 Autres catégories de personnes

Les titulaires de permis du ministre, de permis de séjour temporaire, de permis d'études et de permis de travail peuvent avoir droit aux services s'ils sont réputés être des résidents au sens de la *Medicare Protection Act* et de l'article 2 du *Medical and Health Care Services Regulation*.

3.4 Primes

L'inscription au régime d'assurance-santé (MSP) est obligatoire et le paiement des primes est habituellement une condition d'admissibilité. Cependant, le non-paiement des primes ne compromet pas l'accès au régime si la personne satisfait aux conditions d'admissibilité de base. Les primes mensuelles sont de 54 $ pour une personne seule, de 96 $ pour une famille de deux personnes et de 108 $ pour une famille de trois personnes ou plus.

Les personnes à faible revenu peuvent avoir droit à de l'aide pour le paiement de la prime. Cette aide comporte cinq niveaux, allant de 20 p. 100 à 100 p. 100 de la prime fixée. Elle est réservée aux citoyens canadiens et aux résidents permanents (immigrants admis) qui sont des résidents du Canada depuis douze mois consécutifs ou plus en vertu de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (loi fédérale).

4.0 Transférabilité

4.1 Période d'attente minimale

Les nouveaux résidents ou les personnes qui reviennent habiter en Colombie-Britannique sont admissibles après une période d'attente qui correspond normalement au reste du mois de

leur arrivée plus deux autres mois. Par exemple, si une personne admissible arrive au mois de juillet, la protection entre en vigueur le 1er octobre. Si les absences du Canada au cours de la période d'attente dépassent 30 jours, l'admissibilité peut être retardée. Les nouveaux résidents en provenance d'ailleurs au Canada sont avisés de rester couverts par leur ancien régime dans l'intervalle.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Les articles 3, 4 et 5 du *Medical and Health Care Services Regulation* de la *Medicare Protection Act* prescrivent les règles de transférabilité des services assurés pour les personnes qui s'absentent temporairement de la Colombie-Britannique. En 2007-2008, il n'y a eu aucune modification des dispositions concernant la transférabilité.

Les personnes qui quittent temporairement la province pour prendre des vacances prolongées, ou occuper un emploi temporaire, peuvent demeurer admissibles aux protections du régime pendant une durée maximale de 24 mois. Une seule approbation est accordée par période de cinq ans pour les absences de plus de six mois au cours d'une année civile. Les résidents qui s'absentent de la province une partie de l'année, chaque année, doivent être effectivement présents au moins six mois au cours de l'année civile et conserver leur domicile en Colombie-Britannique. Les personnes qui demeurent en dehors de la province plus longtemps que la période autorisée devront laisser passer une période d'attente à leur retour dans la province avant d'être de nouveau couvertes. Les personnes qui étudient à temps plein dans une école agréée d'une autre province ou d'un territoire ont droit à la couverture pendant la durée de leurs études.

En vertu des ententes de facturation réciproque interprovinciales et interterritoriales, les médecins, à l'exception de ceux du Québec, facturent directement leurs régimes pour les services offerts aux résidents admissibles de la Colombie-Britannique qui ont présenté une carte d'assurance-santé valide (CareCard). La Colombie-Britannique effectue le paiement à la province ou au territoire où les services ont été rendus conformément au taux du barème d'honoraires de la province ou du territoire. Le paiement des services hospitaliers aux malades hospitalisés est fait au taux établi pour les salles communes effectivement facturé par l'hôpital. Dans le cas des services hospitaliers aux malades externes, les taux payés sont ceux des ententes de facturation réciproque. Le paiement, sauf dans le cas de services exclus facturés au patient, se fait par le truchement des procédures de facturation réciproque. En 2007-2008, le montant payé aux médecins de ces provinces et territoires a été de 25,5 millions de dollars. Le Québec ne participe pas aux ententes de facturation réciproque des services médicaux. Les réclamations à l'égard de services assurés fournis aux bénéficiaires de la Colombie-Britannique par les médecins de cette province doivent donc être traitées individuellement. En voyage au Québec ou à l'extérieur du Canada, le bénéficiaire devra probablement payer les soins médicaux obtenus et demander à être remboursé plus tard par le régime d'assurance-santé (MSP) de la Colombie-Britannique.

La Colombie-Britannique paie les services assurés au taux de la province hôte, conformément aux instructions du Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'extérieur du Canada

Les dispositions habilitantes qui définissent la transférabilité de l'assurance-santé au cours des absences temporaires en dehors du Canada sont contenues dans la *Hospital Insurance Act*, article 24; le *Hospital Insurance Act Regulation*, titre 6; la *Medicare Protection Act*, article 51; le *Medical and Health Care Services Regulation*, paragraphes 3, 4 et 5. Le *Medical and Health Care Services Regulation* a été modifié par le

Règlement 111/2005 de la Colombie-Britannique. Les changements ont pris effet le 18 mars 2005.

Les points pertinents sur lesquels portent les modifications sont les suivants :

- Toutes les provinces, sauf le Québec, ont éliminé les limites applicables à la couverture du régime de la Colombie-Britannique pour les étudiants qui étudient à l'étranger, ce qui leur permet de terminer leurs études de premier cycle et des cycles supérieurs. Ce changement place la Colombie-Britannique sur le même pied que les autres provinces et élimine la limite de 60 mois pour les étudiants à temps plein fréquentant un établissement d'enseignement hors de la province. Les étudiants doivent être inscrits à l'établissement et le fréquenter.
- En raison de la demande grandissante de main-d'œuvre spécialisée et mobile travaillant à contrat ou ayant des affectations de courte durée, de nombreuses provinces ont porté à 24 mois la période d'absence sans interruption de la couverture de l'assurance-santé. Les Britanno-Colombiens étaient considérés comme des résidents de la province pendant les 12 premiers mois d'absence, mais les modifications apportées portent cette période à 24 mois. Une seule période d'absence de plus de six mois dans une année civile peut être approuvée pa période de cinq ans. Les pratiques adoptées par la Colombie-Britannique correspondent ainsi à celles des autres provinces.
- Les résidents de la Colombie-Britannique qui sont temporairement absents de la province et qui ne peuvent y revenir pour des raisons de santé sont réputés continuer à être des résidents de la province pendant 12 mois de plus s'ils se trouvent ailleurs au Canada ou à l'étranger. Ce changement vise aussi le conjoint et les enfants de la personne à condition qu'ils soient avec la personne et qu'ils soient aussi des résidents ou réputés être des résidents de la province.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Aucune autorisation préalable n'est requise pour les interventions non urgentes couvertes aux termes des ententes de facturation réciproque. Une autorisation préalable de la Medical Services Commission est requise si l'intervention non urgente n'est pas couverte aux termes de ces ententes.

Les services médicaux exclus aux termes des accords interprovinciaux pour le traitement réciproque des demandes de remboursement des frais médicaux hors province sont les suivants : chirurgie esthétique; chirurgie de réassignation sexuelle; chirurgie visant à rétablir la fécondité; avortements thérapeutiques; examens de santé périodiques, y compris examen des yeux; fécondation *in vitro* et insémination artificielle; acupuncture, acupression, électrostimulation transcutanée, moxibustion, biofeedback, hypnothérapie; services aux personnes couvertes par d'autres organismes (p. ex., GRC, Forces canadiennes, Commission des accidents du travail, ministère des Anciens Combattants et Services correctionnels du Canada); services demandés par un « tiers »; conférence(s) d'équipe; dépistage génétique et autres investigations génétiques, y compris sondes ADN; actes encore au stade de l'expérimentation ou du développement; services anesthésiques et services d'aide chirurgicale pour tout ce qui précède.

Les services énumérés au paragraphe précédent peuvent être remboursés ou non par la province hôte. Le patient doit s'en informer auprès de la province hôte après avoir payé directement le médecin de la Colombie-Britannique.

Une autorisation de la Health Authorities Division du Ministère pourrait être exigée pour certains traitements (p. ex., le traitement de l'anorexie).

Une autorisation préalable de la Commission est exigée pour tous les services non urgents fournis à l'étranger.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Les bénéficiaires de la Colombie-Britannique, au sens de l'article 1 de la *Medicare Protection Act*, sont admissibles à tous les services hospitaliers et médicaux nécessaires. Pour assurer un accès équitable, sans égard au revenu, les articles 17 et 18 de la *Medicare Protection Act* interdisent la surfacturation par les médecins inscrits.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Soins infirmiers

Les infirmières forment le groupe professionnel le plus important dans le secteur des soins de santé. En date du 31 mars 2008, 32 225 infirmières autorisées avaient un permis d'exercice en Colombie-Britannique. Les hôpitaux de la province emploient également des infirmières psychiatriques autorisées (IPA) et des infirmières auxiliaires autorisées (IAA). En date du 31 mars 2008, 2 202 IPA et 7 019 IAA avaient un permis d'exercice dans la province.

En 2007-2008, le gouvernement de la Colombie-Britannique a affecté des fonds additionnels pour renforcer le succès de ses stratégies de recrutement, de maintien en poste et de formation du personnel infirmier. Ce financement porte à 174 millions de dollars les engagements du gouvernement au titre des stratégies pour les soins infirmiers depuis 2001. Les stratégies de la Colombie-Britannique en matière de soins infirmiers sont élaborées et mises en œuvre chaque année par la Direction des soins infirmiers, ministère des Services de santé, en consultation avec des intervenants, avec l'apport des infirmières en chef des régies de la santé et du Comité consultatif sur les soins infirmiers de la Colombie-Britannique, et après un examen des tendances et des politiques nationales. Le cadre général de la stratégie s'articule autour des priorités suivantes :

- planifier les ressources humaines pour assurer le recrutement, le maintien en poste et la formation du personnel infirmier en Colombie-Britannique et pour ainsi répondre aux besoins de la population en matière de soins de santé;
- améliorer le milieu de travail du personnel infirmier en encourageant les régies de la santé et le gouvernement à élaborer des politiques de soins infirmiers judicieuses, en phase avec les derniers résultats de la recherche et les tendances provinciales, nationales et mondiales;
- analyser des données sur les soins infirmiers pour que le Ministère comprenne mieux les tendances et l'évolution des besoins en matière de soins infirmiers et de soins de santé;
- recruter des étudiants d'origine autochtone dans le secteur des soins infirmiers, offrir un soutien à ceux qui sont déjà inscrits dans des programmes de soins infirmiers et recruter/maintenir en poste des infirmières autochtones exerçant déjà leur profession en Colombie-Britannique;
- présenter les soins infirmiers comme une profession de choix, pour assurer la viabilité d'un système de santé de qualité en Colombie-Britannique.

Voici quelques-uns des programmes financés en 2007-2008 : renforcement des initiatives de recrutement d'infirmières formées à l'étranger, y compris le nouveau Service provincial d'évaluation des infirmières formées à l'étranger; stratégies sur les soins infirmiers en milieu autochtone; programme de premier cycle en soins infirmiers; programme de stage/de transition pour nouveaux diplômés; projet-pilote pour un programme post-certificat de base en soins infirmiers actifs en milieu rural; intégration accrue de la profession d'infirmière praticienne (IP) dans les soins primaires. Parmi les autres stratégies visant à équilibrer l'offre et la demande, mentionnons l'augmentation du nombre de postes décisionnels en première ligne et l'amélioration de la formation spécialisée et continue.

En 2007-2008, la Colombie-Britannique a augmenté le nombre d'infirmières praticiennes dans les domaines clés, tant en milieu urbain que rural. En outre,

l'initiative Nurse Practitioner Innovation a contribué à financer la création de postes d'IP dans les services d'urgence et les cliniques de soins primaires. En date du 31 mars 2008, la Colombie-Britannique comptait 66 infirmières praticiennes.

De plus, le ministère des Services de santé a établi un partenariat avec le ministère de l'Éducation supérieure et du Développement du marché du travail pour travailler en étroite collaboration avec des établissements d'enseignement et ainsi augmenter le nombre de places dans les programmes de soins infirmiers. Enfin, le 8 mars 2008, le gouvernement a annoncé le premier programme de baccalauréat accéléré de trois ans en sciences infirmières, offert à l'Institut de technologie de la Colombie-Britannique, avec un premier contingent de 64 étudiants en août 2008.

Infrastructure et planification des immobilisations

Ces dernières années, la Colombie-Britannique a amorcé des changements qui encouragent les investissements stratégiques dans les immobilisations et l'adoption d'approches novatrices permettant de répondre, maintenant et à l'avenir, aux besoins en matière de prestation de services de santé.

Le Ministère a allongé le cycle de planification des immobilisations et recueilli des données plus valables sur les immobilisations pour améliorer la prise de décisions et mieux prévoir les besoins. Il travaille maintenant à prolonger l'horizon de planification des immobilisations pour qu'il coïncide avec la planification des soins actifs et complexes à plus long terme, ce qui est particulièrement efficace dans le cas des grandes infrastructures, comme les hôpitaux, dont le cycle de vie s'étend sur plusieurs décennies. Cet horizon donne également aux régies de la santé plus de temps pour chercher des moyens novateurs de répondre aux besoins en matière d'immobilisations.

La province a affecté 42,5 millions de dollars à l'agrandissement et à la modernisation de locaux d'enseignement dans les hôpitaux d'enseignement de la Colombie-Britannique pour permettre d'accueillir un nombre croissant d'étudiants en médecine.

Équipement médical et diagnostique

L'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé prévoyait la création d'un fonds national de 1,5 milliard de dollars pour l'achat d'équipement médical et diagnostique. La part des fonds répartis au prorata revenant à la Colombie-Britannique s'élève à 200,1 millions de dollars sur trois ans. Les régies de la santé ont dépensé cet argent pour acheter de l'équipement de toute nature servant à des fins diagnostiques, thérapeutiques, médicales et chirurgicales, et pour accroître le confort et la sécurité des patients et du personnel.

La province a investi 35 millions de dollars dans des technologies de pointe, dont 25 millions provenant du financement fédéral. Le reste provenait du financement d'immobilisations et de fondations de la province. Un comité de représentants du Ministère, des régies de la santé et des diverses disciplines de la santé a fourni des avis spécialisés pour aider à choisir les investissements destinés à améliorer l'accès des patients et à répondre le plus stratégiquement aux besoins des Britanno-Colombiens.

Par exemple, les régies de la santé ont profité des fonds accordés pour acquérir les équipements suivants :

- le premier appareil de tomographie par émission de positrons (TEP) du système public de la province, installé à la Vancouver Cancer Agency, qui améliorera la prise en charge des patients d'oncologie grâce au dépistage précis des tumeurs cancéreuses avant le début du traitement et au suivi de la réponse pour améliorer le rétablissement;
- de nouveaux tomodensitomètres, dans les basses terres continentales et à Victoria, qui amélioreront les soins de cardiologie en Colombie-Britannique et accroîtront la capacité provinciale en matière de diagnostic des maladies cardiaques et cérébrales ainsi que la prise en charge des traumatisés;

- un appareil d'IRM mobile dans les Kootenays et à Okanagan-Sud et un tomodensitomètre à Kelowna, qui amélioreront sensiblement l'accès des patients aux besoins variés dans les régions intérieures de la province;
- un système d'archivage et de transmission d'images et un système d'information radiologique à l'usage de la Northern Health Authority, qui amélioreront l'accès aux soins et aux traitements dans de nombreuses petites collectivités grâce au partage d'images numérisées entre les hôpitaux ou les régions et les radiologistes, dans le Nord.

En septembre 2004, les premiers ministres ont convenu d'affecter un montant supplémentaire de 66 millions de dollars pour financer l'équipement médical en Colombie-Britannique; cette somme devait être dépensée d'ici 2007-2008.

Health Innovation Fund

Le Health Innovation Fund de 100 millions de dollars a été mis sur pied par le gouvernement de la Colombie-Britannique afin de susciter des idées nouvelles et novatrices pour résoudre les problèmes du système de santé de la province. En 2007-2008, ce fonds a fourni des capitaux de démarrage pour permettre aux régies de la santé d'explorer de nouvelles options, et ce en encourageant la prise de risques dynamiques et raisonnables en matière de prestation de services de santé. Le financement visait l'apport de changements viables au système de santé, notamment à l'aide de stratégies qui auraient un effet systémique sur : la décongestion des services d'urgence, les soins de santé primaires et le concept de rémunération au rendement selon les résultats observables chez les patients.

Le Health Innovation Fund (HIF) a été l'occasion de formuler des propositions applicables à l'échelle communautaire et régionale et conçues pour améliorer tant l'expérience des patients que celle des fournisseurs de soins tout en réduisant les temps d'attente et en améliorant l'accessibilité des services. Les collectivités des quatre coins de la province continuent de profiter des pratiques novatrices découlant de ce fonds, puisque le suivi et l'évaluation rigoureux de ces nouvelles façons de faire servent de base pour améliorer la prestation des services et pour reproduire les projets concluants. En 2007-2008, trois des initiatives issues du fonds (iCare, les zones de tri/d'évaluation rapide et Lean Design) ont été sélectionnées pour recevoir du financement dans le cadre du Transformation Fund provincial (300 millions de dollars sur trois ans) parce qu'elles ont connu un immense succès avec le HIF et qu'elles sont les plus susceptibles d'avoir un effet immédiat.

Innovations continues

BC HealthGuide : Guide gratuit de plus de 400 pages qui couvre plus de 200 sujets de santé et qui contient ce qui suit : de l'information sur la façon de reconnaître et de prendre en charge des problèmes de santé courants; des conseils sur les traitements à domicile; des options en matière de soins; les situations justifiant une visite chez le médecin. Ce guide a été envoyé gratuitement à tous les ménages de la Colombie-Britannique au printemps 2001. La version mise à jour, publiée en novembre 2005, peut être obtenue gratuitement par tous les résidents de la province aux bureaux des agents du gouvernement et dans les pharmacies locales. La version mise à jour renferme de nouveaux renseignements sur la santé des personnes âgées, notamment sur le vieillissement en santé, et des conseils pour les personnes soignantes.

Le guide BC First Nations Health Handbook, produit en partenariat avec le Comité de santé des chefs des Premières Nations de la C.-B., a été publié en juin 2003; la version française, Guide-santé – Colombie-Britannique, est parue en juin 2004, tandis que des versions traduites en chinois et en panjabi et culturellement adaptées sont parues en avril 2007.

BC HealthGuide en ligne : Site Web public détaillé (www.bchealthguide.org) contenant des renseignements à jour vérifiés par des médecins sur plus de 3 500 sujets,

tests, procédures et ressources touchant la santé. Ce site Web vient compléter les renseignements figurant dans le Guide. Comptant plus de 35 000 pages, dont le contenu est vérifié par des médecins, il aborde en détail plus de 3 000 sujets ayant trait à la santé. Le site fournit de l'information sur certains composants du programme HealthGuide en français (Guide-santé), en chinois, en panjabi et en persan. Sur une base annuelle, les demandes de pages dans ce site Web ont plus que triplé depuis sa création en 2002.

BC NurseLine : Centre de ressources sans frais ouvert 24 heures sur 24 permettant de communiquer avec des infirmières autorisées spécialement formées pour transmettre de l'information et des conseils confidentiels en matière de santé par téléphone. Des infirmières autorisées sont spécialement formées à l'utilisation de protocoles approuvés par des médecins pour fournir une information confidentielle en matière de santé et des conseils sur des symptômes et des états pathologiques aigus ou chroniques, ou orienter les appelants vers un professionnel de la santé au besoin. Des renseignements et des conseils confidentiels en matière de santé sont offerts dans plus de 130 langues à toute personne ayant accès à un téléphone en Colombie-Britannique.

BC HealthFiles : Série de plus de 200 fiches faciles à comprendre contenant de l'information se rapportant précisément à la Colombie-Britannique sur un large éventail de sujets sur la santé et la sécurité du public et de l'environnement. Un certain nombre de ces fiches ont été traduites. Les fiches sont mises à la disposition des résidents et servent de ressources aux professionnels de la santé, qui peuvent les télécharger à partir du site Web de BC HealthGuide OnLine ou les obtenir dans les unités de santé publique.

Lancé en janvier 2005, le service BC NurseLine offre, après les heures normales de travail, un service de triage et du soutien aux patients en soins palliatifs de la Fraser Health Authority. Ces patients peuvent contacter la ligne BC NurseLine pour obtenir du soutien après les heures normales de bureau, soit de 21 heures à 8 heures.

De septembre 2005 à mars 2006, le service BC NurseLine en partenariat avec la Fraser Health Authority et la Northern Health Authority ont réalisé la phase de démonstration du Projet de gestion des maladies chroniques (GMC). Le projet offre, aux équipes de soins de santé primaires, la possibilité d'aiguiller les patients souffrant de diabète ou d'insuffisance cardiaque congestive pour qu'ils obtiennent un soutien en matière d'autogestion. La BC NurseLine dirige les patients ayant des problèmes complexes en raison des médicaments qu'ils prennent vers un pharmacien accompagnateur. L'efficacité de la phase de démonstration du Projet de GMC sera évaluée, tandis que l'intégration de ce projet dans l'infrastructure de soutien en matière de GMC qui est déjà en place sera envisagée.

De juillet 2006 à décembre 2006, la BC NurseLine et l'Interior Health Authority ont mis à l'essai un projet de surveillance des télésoins à domicile à East Kootenays afin de définir l'efficacité d'un processus d'expansion du projet dans l'ensemble de la régie de la santé. Les patients souffrant d'insuffisance cardiaque congestive ont utilisé des appareils de suivi dans leur maison afin de consigner leurs signes vitaux quotidiennement. L'information a ensuite été transférée en toute sécurité vers un poste de surveillance central. Elle a été vérifiée par une infirmière autorisée de l'Interior Health Authority pendant la semaine et par le service BC NurseLine la fin de semaine; selon les signes vitaux consignés, un suivi était assuré auprès du patient au besoin.

Dial-A-Dietitian : Service d'information nutritionnelle gratuit qui offre des renseignements faciles à utiliser, fondés sur des sources scientifiques à jour, aux personnes qui prennent en charge leur propre santé. Des diététistes agréés sont disponibles, au téléphone, de 9 h à 17 h du lundi au vendredi. Les appelants sont aussi dirigés vers les diététistes des services de consultation externe des hôpitaux, les nutritionnistes dans la collectivité et d'autres sources locales. Des services

d'interprétation sont fournis dans plus de 130 langues. En plus des renseignements nutritionnels donnés au téléphone, le service Dial-A-Dietitian offre un site Web détaillé (www.dialadietitian.org) contenant de l'information sur la nutrition et des liens utiles.

Dans son plan de services de 2005-2006 à 2007-2008, le Ministère expose les objectifs et les stratégies qui doivent permettre à la province d'atteindre son but, qui est la viabilité du système de santé. Mentionnons à cet égard la troisième stratégie prioritaire qui est d'assurer la gestion efficace des services hospitaliers de soins actifs par la planification et la gestion de la demande, en ce qui concerne les services d'urgence, les services de chirurgie et les diverses interventions.

Contrairement à la plupart des stratégies connexes au même objectif, la troisième stratégie n'est pas axée sur la prestation de services extra-hospitaliers, mais sur la prestation de qualité et dans les meilleurs délais de services hospitaliers nécessaires. Dans le cadre de cette stratégie, le Ministère et les cinq régies régionales de la santé ont participé à deux projets provinciaux visant à améliorer l'accessibilité et l'efficacité des services d'urgence et de chirurgie des hôpitaux. Ces projets ont été menés dans des hôpitaux, dans l'ensemble de la province.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

En 2007-2008, environ 2 800 omnipraticiens et spécialistes ont tiré leur revenu, en tout ou en partie, du programme des autres modes de rémunération de la Colombie-Britannique.

Ce programme finance les régies régionales de la santé pour qu'elles embauchent des médecins salariés ou concluent des contrats avec des médecins pour la prestation de services cliniques assurés.

En vertu d'une entente auxiliaire concernant la pratique en milieu rural de 2002, le Ministère a mis en œuvre plusieurs programmes, qui ont été reconduits en vertu de l'entente-cadre avec les médecins (PMA) signée récemment. Cette entente vise à améliorer la disponibilité et la stabilité des services médicaux dans les petites zones urbaines et les régions rurales ou éloignées de la Colombie-Britannique.

Ces programmes sont les suivants :

- Rural Retention Program, qui prévoit des honoraires plus élevés pour les médecins admissibles (environ 1 300) et auquel les médecins résidents, itinérants et suppléants peuvent aussi participer. Il prévoit aussi des honoraires fixes pour les médecins admissibles qui résident et pratiquent dans une collectivité rurale.
- Northern and Isolation Travel Assistance Outreach Program, qui accorde un financement de soutien aux médecins admissibles qui se rendent dans les collectivités rurales et isolées pour offrir des services médicaux. En 2007-2008, ce programme a financé quelque 2 404 consultations de médecins de famille et de spécialistes dans les collectivités rurales.
- Rural General Practitioner Locum Program, qui aide les omnipraticiens en région rurale à prendre des périodes de congé raisonnables en leur offrant jusqu'à 28 jours par année de remplacement payé. Ce programme a permis à des médecins de quelque 58 petites collectivités de recevoir de la formation médicale continue et de prendre des vacances.
- Rural Specialist Locum Program, qui aide les médecins spécialistes en région rurale à prendre congé et à participer à des formations médicales continues en leur trouvant un remplaçant payé. Ce programme a aidé les médecins des spécialités de base dans 10 collectivités rurales en leur permettant de prendre des vacances pendant que des efforts de recrutement étaient déployés.
- Rural Education Action Plan, qui appuie les besoins en formation des médecins en milieu rural. Ce programme offre notamment des stages cliniques en milieu rural aux étudiants et du perfectionnement pour les médecins praticiens.
- Isolation Allowance Fund, qui procure un financement aux collectivités sans hôpital ayant moins de quatre médecins, ceux-ci ne devant pas

recevoir de paiements du programme Medical On call/Availability, de paiements de rappel ou de paiements à titre de « Doctor of the Day ».

- Rural Loan Forgiveness Program, qui offre aux médecins, aux infirmières, aux sages-femmes et aux pharmaciens une réduction de 20 p. 100 de leur prêt étudiant de la Colombie-Britannique par année de pratique en milieu rural.

Le Full-Service Family Practice Incentive Program a été élargi, alors que le Ministère et les médecins continuent de collaborer pour concevoir des initiatives visant à soutenir la médecine de famille complète. En 2007-2008, de nouveaux frais ont été mis en place pour aider les omnipraticiens dans les soins aux patients présentant des troubles complexes, dans la prise en charge en milieu communautaire des patients qui vivent une dépression et dans l'évaluation du risque cardiovasculaire, en plus des frais pour la prise en charge de patients qui habitent dans la communauté ou en établissement.

On agrandit la Faculté de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique (UBC) en collaboration avec l'Université du Nord de la Colombie-Britannique, l'Université de Victoria et les régies régionales de la santé de la Colombie-Britannique. En 2002, le gouvernement avait annoncé l'allocation de 134 millions de dollars pour la construction d'un nouveau centre des sciences de la vie à l'UBC, à Vancouver, et dans d'autres campus de la Faculté de médecine à Prince George et Victoria. En 2003, il y avait 128 étudiants en première année de médecine en Colombie-Britannique. L'élargissement du programme a porté ce nombre à 256 en 2007. Par ailleurs, la Colombie-Britannique prévoit élargir encore plus le programme de médecine pour inclure la région intérieure sud de la province de manière à ajouter 32 autres places de première année au programme de médecine de la province.

En plus de l'élargissement du programme de médecine, le Ministère a commencé à élargir l'enseignement médical supérieur (postes de résidents) afin de suivre la croissance du programme de premier cycle en médecine. En 2003, le Ministère a financé 128 postes de résidents au niveau d'entrée pour des diplômés canadiens en médecine (DCM). Depuis juillet 2003, ce nombre a augmenté de 96 et a atteint 224 postes au niveau d'entrée. Avec l'élargissement à venir de l'enseignement médical à la région intérieure sud de la province, le nombre de postes de résidents au niveau d'entrée réservés à des DCM devrait passer à 256 avec l'enseignement médical supérieur.

5.4 Rémunération des médecins

Dans le cadre de négociations avec l'Association médicale de la Colombie-Britannique (BCMA), la province fixe la rémunération et la structure des prestations pour les médecins qui exécutent des actes médicaux dans le système public.

En 2007-2008, 3,053 millions de dollars ont été affectés aux médecins, soit 23,6 p. 100 du budget du Ministère.

En 2007, tel que stipulé dans la *lettre d'entente* de 2006, la province et la BCMA ont mis la touche finale aux négociations portant sur l'entente-cadre avec les médecins (PMA). Cette entente a été signée le 1er novembre 2007 et restera en vigueur jusqu'en 2012. Les dispositions de l'entente de fait de 2004, aujourd'hui expirée, et de la *lettre d'entente* de 2006 ont été intégrées à la nouvelle entente.

En plus de la PMA, la Colombie-Britannique et la BCMA ont conclu cinq ententes auxiliaires : la General Practitioners Subsidiary Agreement, la Specialists Subsidiary Agreement, la Rural Practice Subsidiary Agreement, la Alternative Payments Subsidiary Agreement et la Benefits Subsidiary Agreement. Ces ententes portent sur des questions particulières à chaque aspect médical abordé par une entente auxiliaire individuelle. Ces cinq ententes prennent fin en 2012, au même moment que la PMA.

Étant donné sa portée à long terme, la PMA permet d'établir une relation plus structurée qu'auparavant entre la BCMA et la province. Et avec davantage de latitude pour la prise de décisions, les régies de la santé peuvent influer sur les soins de santé dans leur

région respective. La PMA établit notamment des mécanismes qui favorisent une collaboration et une reddition de comptes accrues entre la province et la BCMA. À cet égard, un processus consolidé de résolution des conflits permettra d'assurer le succès de ces mécanismes.

La Colombie-Britannique prévoit que la nouvelle structure de la PMA amènera des bénéfices additionnels, notamment : efficience accrue découlant de l'unification de la plupart des ententes avec la BCMA en une seule entente-cadre; rationalisation de la structure et des communications du comité; mise en place d'un processus officiel de gestion des conflits qui tient compte des questions locales et provinciales; réduction de l'abandon de services médicaux; et élaboration d'un processus structuré pour les médecins qui souhaitent changer de mode de rémunération afin de se conformer davantage aux stratégies et aux priorités de la province et des régies de la santé.

Depuis le 1er avril 2007, les taux de rémunération des médecins ont augmenté de 2 %. La PMA prévoit une augmentation de 2 % en 2008-2009 et de 3 % en 2009-2010, en plus de la réouverture de l'entente entre avril et janvier 2010 pour modifier les clauses touchant la rémunération. Toute modification se reflétera dans les taux de rémunération pour 2010-2011 et 2011-2012.

Pour 2007-2008, la PMA avait également prévu des hausses ciblées de la rémunération (ajustements au marché) pour combler les écarts salariaux entre les spécialistes, créer de nouveaux taux contractuels pour les urgentologues et ajuster d'autres taux relatifs aux services et aux salaires.

Pendant la période de validité de la PMA, la province finance aussi certaines initiatives ciblées, comme le rehaussement des programmes incitatifs pour les médecins en région rurale, l'ajout de nouvelles prestations facturables, la bonification des programmes d'avantages sociaux des médecins, l'appui à la médecine familiale complète, l'amélioration des technologies de l'information et l'accroissement de la promotion des soins de santé en ligne.

La province et l'Association dentaire de la Colombie-Britannique (BCDA) ont négocié un *protocole d'entente* (PE) en août 2007. Ce PE est en vigueur de juillet 2007 à mars 2010 et couvre les services suivants : chirurgie dentaire, chirurgie buccale, traitements orthodontiques, médicaments par voie orale et procédés dentaires techniques. Le barème d'honoraires pour ces services augmentera comme suit : 3,5 % en octobre 2007, 3 % en avril 2008 et 3 % en avril 2009. La province et la BCDA ont accepté de se rencontrer dans le cadre d'un comité mixte sur les politiques en matière de chirurgie dentaire pendant la durée du PE.

Lois

La *Medicare Protection Act*, RSBC 1996, ch. 286, confère à la Medical Services Commission le pouvoir d'administrer le régime d'assurance-santé (MSP) de la Colombie-Britannique. Aucune modification d'importance n'a été apportée à la *Loi* ni au *Règlement* en 2007-2008.

Les médecins et les dentistes sont rémunérés en vertu de la *Medical Practitioners Act* et de la *Dentists Act* respectivement.

Méthodes de rémunérations des médecins et des dentistes

Les services médicaux fournis dans la province sont payés aux médecins sur une base individuelle, en fonction de leurs relevés d'honoraires, dans le cadre du régime d'assurance-santé (MSP), et aux régies de la santé, pour le paiement des médecins contractuels, dans le cadre de l'Alternative Payments Program. Plus de 74 p. 100 des paiements ont été effectués à l'acte, et près de 11 p. 100, selon d'autres modes. Ces derniers paiements se répartissaient comme suit : 75 p. 100 sous forme de contrats, 21 p. 100 à la vacation (unités de service de 3,5 heures) et 4 p. 100 sous forme de salaire. Le gouvernement finance les régies de la santé pour ces paiements, mais ne paie pas les médecins directement. En Colombie-Britannique, le régime d'assurance-santé (MSP) couvre uniquement les services dentaires médicalement nécessaires; les autres services sont aux frais du prestataire.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Les fonds destinés aux services hospitaliers sont compris dans l'allocation annuelle de fonds et dans les paiements versés aux régies régionales de la santé. Cette allocation de fonds doit être utilisée pour financer toute la gamme des services de santé dont a besoin la population de la région (ou des services provinciaux particuliers pour la population de la Colombie-Britannique), y compris la prestation de services hospitaliers.

Même si la portion de l'allocation de fonds destinée aux hôpitaux n'est généralement pas spécifiée, les fonds affectés à des projets prioritaires particuliers font exception à cette règle (p. ex., réduction des temps d'attente pour la chirurgie de la hanche ou du genou). Des fonds sont expressément destinés à ces initiatives, et il doit en être rendu compte séparément.

Les allocations annuelles de fonds aux régies de la santé sont définies dans le cadre du processus du budget annuel du ministère des Services de santé après avoir consulté le ministre des Finances et le Conseil du Trésor. Le montant final du financement est communiqué aux régies de la santé par une lettre de financement annuelle.

Les mécanismes de reddition de comptes pour le financement gouvernemental des hôpitaux font partie de plusieurs documents importants dans lesquels sont énoncées les attentes à l'égard des régies de la santé. Ces documents sont la lettre de financement annuelle, les plans de service annuels et les lettres sur les attentes du gouvernement. Ensemble, ils communiquent les attentes générales du ministère des Services de santé à l'endroit des régies de la santé et expliquent comment le rendement par rapport à ces attentes sera contrôlé.

La *Hospital Insurance Act* et son *Règlement* régissent les paiements effectués par le régime d'assurance-santé aux régies de la santé. Cette *Loi* établit le pouvoir du ministre de verser des paiements aux hôpitaux et indique en termes généraux quels services sont assurés lorsqu'ils sont fournis dans un hôpital.

En 2007-2008, ni la *Loi* ni le *Règlement* n'ont été modifiés en ce qui concerne les paiements au titre des services hospitaliers assurés.

Les services hospitaliers assurés sont financés à même l'allocation annuelle de fonds des régies régionales de la santé, mais peuvent aussi faire l'objet d'un financement ciblé particulier de temps à autre. Un financement par reconduction est accordé aux régies de la santé à l'aide de la formule de financement fondée sur les besoins de la population du ministère des Services de santé et d'autres méthodes d'allocation de fonds (afin de tenir compte de besoins précis au sein des régies de la santé sur le plan de l'exécution des programmes).

En 2007-2008, une gamme complète de soins de santé (soins actifs, soins en établissement, soins en milieu communautaire, santé publique, prévention, santé mentale chez les adultes, programmes de toxicomanie, etc.) ont été offerts.

L'allocation annuelle de fonds des régies de la santé n'inclut pas les fonds destinés aux programmes qui relèvent directement du Ministère, comme la rémunération des médecins, le paiement des médicaments d'ordonnance couverts par l'assurance-médicaments ou les services ambulanciers provinciaux.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le financement reçu du gouvernement fédéral au titre du Transfert canadien en matière de santé est reconnu et mentionné par le gouvernement de la Colombie-Britannique sur divers sites Web et dans divers documents du gouvernement provincial.

Pour l'exercice 2007-2008, ces documents sont :

- *First Quarterly Report* 2008-2009, disponible au www.fin.gov.bc.ca/qrt-rpt/qr08/Q1_08.pdf

- *Budget and Fiscal Plan* 2008-2009, disponible au www.bcbudget.gov.bc.ca/2008/bfp/2008_Budget_Fiscal_Plan.pdf
- *Budget and Fiscal Plan* 2008-2009, disponible au www.bcbudget.gov.bc.ca/2008/estimates/2008_Estimates.pdf
- *Public Accounts* 2007-2008, disponible au www.fin.gov.bc.ca/OCG/pa/07_08/Pa07_08.htm
- *Balanced Budget* 2008, disponible au www.bcbudget.gov.bc.ca/2008/

7.0 Services complémentaires de santé

7.1 Soins intermédiaires en maison de repos et soins en établissement pour adultes

Les établissements de soins pour bénéficiaires internes assurent en tout temps des soins infirmiers et une surveillance dans un milieu protégé aux personnes qui ont, en matière de soins, des besoins complexes qui ne peuvent plus être assurés dans leur propre demeure.

Les clients de ces établissements paient un tarif quotidien établi en fonction de leur revenu net d'impôt. Les tarifs quotidiens sont redressés chaque année, d'après l'Indice des prix à la consommation. Les lois qui régissent ces établissements sont la *Community Care and Assisted Living Act*, l'*Adult Care Regulations*, la *Hospital Act*, le *Hospital Act Regulation*, la *Hospital Insurance Act*, le *Hospital Insurance Act Regulations* ainsi que la *Continuing Care Act*, le *Continuing Care Programs Regulation* et le *Continuing Care Fees Regulation.*

Les familles d'accueil offrent dans leur résidence unifamiliale des services de repas, d'entretien ménager et d'aide aux activités de la vie quotidienne à un maximum de deux clients. Les coûts sont les mêmes que dans un établissement de soins pour bénéficiaires internes.

Les lois qui régissent les familles d'accueil sont la *Continuing Care Act*, le *Continuing Care Programs Regulation* et le *Continuing Care Fees Regulation.*

Les adultes qui ont un handicap peuvent également vivre de façon autonome dans la collectivité, dans des foyers de groupe financés par l'État. Ces foyers, sécuritaires et abordables, comptent de quatre à six lits. Ils offrent l'hébergement à court et à long terme, de la formation pour l'acquisition des compétences de base, des groupes d'entraide et du counselling. Les frais de subsistance non associés aux soins, comme la nourriture et le loyer, sont à la charge du client. Le loyer est établi en fonction du revenu. Les foyers de groupe sont régis par la *Continuing Care Act* et le *Continuing Care Programs Regulation.*

Les résidences-services fournissent l'hébergement et le couvert, ainsi que des services d'aide personnelle aux adultes qui sont autonomes mais ont besoin d'une aide régulière pour les activités de la vie quotidienne, habituellement en raison de leur âge, d'une maladie ou d'un handicap. Les appartements comptent normalement une seule chambre à coucher.

Les services disponibles sont les suivants : aide pour le bain, la toilette, l'habillage ou la mobilité, auxquels s'ajoutent les repas, l'entretien ménager, la lessive, les activités sociales et récréatives, ainsi qu'un système de réponse disponible en tout temps. Les clients paient un tarif équivalant à 70 p. 100 de leur revenu libre d'impôt, jusqu'à concurrence d'un montant établi d'après le prix moyen du marché pour les centres offrant l'hébergement et le couvert dans la région et le coût réel des soins personnels. Les lois qui régissent les résidences-services sont la *Community Care and Assisted Living Act*, l'*Assisted Living Regulation*, la *Continuing Care Act*, le *Continuing Care Programs Regulation* et le *Continuing Care Fees Regulation.*

Services de soins palliatifs

Les hospices offrent un milieu de vie qui tente de recréer celui de la maison. Des professionnels y fournissent des soins destinés à assurer le bien-être des Britanno-Colombiens de tous âges en phase terminale d'une maladie ou en fin de vie. Les services disponibles sont les soins médicaux et infirmiers, la planification de soins spécialisés, la prise en charge de la douleur et des symptômes, le soutien psychosocial et spirituel et le soutien aux personnes endeuillées. Des frais peuvent être exigés à l'égard de certains de ces services. Les lois qui régissent les hospices sont la *Community Care and Assisted Living Act*, l'*Adult Care Regulations*, l'*Hospital Act* et le *Hospital Act Regulation*.

Services pour les personnes qui ont une maladie mentale ou des problèmes de dépendance

Il existe cinq types distincts d'hébergement et de programmes d'aide pour les personnes qui éprouvent de graves problèmes de santé mentale ou de dépendance : les établissements de soins pour bénéficiaires internes, les familles d'accueil, les logements subventionnés, le traitement des dépendances en institution et les établissements d'aide au rétablissement.

Établissements de soins pour bénéficiaires internes

Ces établissements offrent 24 heures sur 24 des soins, des traitements intensifs et des services de soutien, y compris des services de réadaptation psychosociale, par exemple de l'aide pour les soins personnels, l'entretien ménager, la gestion de l'argent, la socialisation, la prise des médicaments et la liaison avec des services externes comme les programmes d'éducation et d'emploi subventionnés. Pour certains pensionnaires, ces établissements sont une étape vers un mode d'hébergement plus autonome, mais pour d'autres, ils représentent une solution à long terme. Tous les établissements doivent être autorisés en vertu de la *Community Care and Assisted Living Act*. Les clients paient un prix de journée uniforme pour la chambre et la pension.

Familles d'accueil

Ces foyers privés, exploités par des familles ou des individus, permettent d'acquérir des aptitudes élémentaires à la vie quotidienne et fournissent des services de réadaptation psychosociale à des clients incapables de vivre de façon autonome qui ont justement besoin d'aide dans un contexte familial pour acquérir les compétences et la confiance nécessaires à la vie autonome. Les foyers n'ont pas à obtenir de permis ou d'autorisation, mais ils doivent satisfaire aux normes fixées par la régie de la santé. Les clients paient un prix de journée uniforme pour la chambre et la pension.

Logements subventionnés

Les programmes de logement subventionné offrent un lieu d'habitation abordable et sûr ainsi que divers services de réadaptation sociale et de maintien à domicile, comme de l'aide pour la préparation des repas, les soins personnels, l'entretien ménager, la prise des médicaments, la socialisation et la gestion de crise. Les programmes de logement subventionné incluent les appartements subventionnés, les appartements dans des immeubles résidentiels, l'habitation collective, les foyers de groupe et l'hébergement présentant peu d'obstacles. Les clients paient un loyer modique en fonction de leur revenu.

Traitement des dépendances en institution

Ces institutions offrent un milieu de vie sûr, structuré et exempt de substances intoxicantes et doivent être autorisées en vertu de la *Community Care and Assisted Living Act*. Le traitement comprend l'évaluation, l'éducation et une thérapie et des consultations structurées individuelles, en groupe ou familiales. La durée des séjours varie généralement entre 30 et 90 jours, et les clients paient un prix de journée uniforme.

Établissements d'aide au rétablissement

Ces établissements offrent un lieu de résidence temporaire et un soutien de base adaptés au rétablissement parfois plus long à la suite de

problèmes de dépendance. Les bénéficiaires ont accès à des services de traitement et de soutien externes et communautaires. Les clients paient un prix de journée uniforme.

7.2 Services de soins à domicile

Les services de soins infirmiers à domicile et les services de réadaptation en milieu communautaire sont des services professionnels fournis à des personnes de tous âges par des infirmières autorisées et des thérapeutes en réadaptation. Ils sont offerts sur une base non urgente et comprennent l'évaluation, l'enseignement et la consultation, la coordination des soins ainsi que la prestation de soins ou l'administration de traitements par du personnel infirmier aux clients ayant besoin de soins prolongés, actifs ou palliatifs ou de services de réadaptation. Ces services sont offerts sans frais.

Le maintien à domicile aide les personnes à continuer de vivre chez elles. Les aides de maintien à domicile apportent une aide aux activités de la vie quotidienne, comme le bain, l'habillage et la toilette. Elles effectuent parfois des travaux ménagers légers pour que le milieu de vie soit sécuritaire et favorise le bien-être. Des frais peuvent être exigés, selon le revenu de la personne. Les lois régissant le maintien à domicile sont la *Continuing Care Act*, le *Continuing Care Programs Regulation* et le *Continuing Care Fees Regulation*.

Les soins en fin de vie assurent le confort du patient, préservent sa dignité et lui conservent une qualité de vie par le soulagement ou la maîtrise des symptômes. Le mourant et ses proches peuvent ainsi centrer leur énergie sur le temps qu'il leur reste à passer ensemble pour en profiter. Des soignants professionnels et du personnel auxiliaire prodiguent avec compassion des soins de soutien à domicile, à l'hôpital, à l'hospice, à des résidences-services ou à des établissements de soins pour bénéficiaires internes. Des frais peuvent être exigés selon les genres de services et le revenu de la personne. Un programme de services de soins palliatifs a été mis en place en 2001 pour fournir aux personnes à la maison qui vivent leurs derniers instants des médicaments autorisés pour le soulagement de la douleur ou des symptômes ainsi que des fournitures et du matériel médicaux, sans frais. Les médicaments approuvés peuvent être achetés dans une pharmacie de la région.

7.3 Services de soins ambulatoires

Les programmes de jour pour adultes aident les personnes âgées et les adultes handicapés à être autonomes. Les groupes d'entraide et les activités sont l'occasion pour le client de participer plus activement à la vie de sa collectivité et offrent un répit aux personnes qui s'en occupent. Les services disponibles, notamment les soins personnels, les activités sociales, les repas et le transport, varient d'un centre à l'autre.

Les centres imposent normalement des frais quotidiens minimes, qui servent à payer les fournitures d'artisanat, le transport et les repas. Les lois régissant les programmes de jour pour adultes sont la *Continuing Care Act* et le *Continuing Care Programs Regulation*.

Les régies de la santé offrent également des soins à domicile tels que des services de soins infirmiers, de réadaptation communautaire, de nutrition et de travail social. Ces services, qui sont parfois offerts en partenariat avec les fournisseurs de soins de santé primaires, prennent place dans divers contextes, tels que des cliniques du mieux-être, des services de soins infirmiers ambulatoires à domicile et des cliniques de santé communautaire pour les personnes âgées vulnérables.

Personnes inscrites					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#)	4 099 076	4 182 682	4 216 199	4 279 734	4 409 732

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**	**2007-2008**
2. Nombre (#) : [1]					
a. soins actifs	92	92	82	82	80
b. soins chroniques	18	18	19	18	19
c. soins de réadaptation	3	4	4	4	3
d. autres	24	23	32	35	37
e. total	137	137	137	139	139
3. Paiement des services de santé assurés ($) : [2]					
a. soins actifs	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
b. soins chroniques	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
c. soins de réadaptation	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
d. autres	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
e. total	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Établissements privés à but lucratif	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**	**2007-2008**
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#) :					
a. installations chirurgicales	11	17	18	22	18
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	1	1	0	n.d.
c. total	11	18	19	22	n.d.
5. Paiement des services de santé assurés donnés par des établissements privés à but lucratif ($) :					
a. installations chirurgicales	1 470 370	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
b. établissements d'imagerie diagnostique	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
c. total	1 470 370	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Pour les points 1 et 2 : Les données historiques et actuelles diffèrent parfois d'un rapport à l'autre parce que les sources de données, les définitions et les méthodes peuvent changer d'année en année.

1. En Colombie-Britannique, les catégories d'établissements utilisées dans ce tableau pour le rapport annuel sur la *Loi canadienne sur la santé* ne sont pas celles normalement en usage au ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique, mais y correspondent le plus étroitement possible.

   — Les soins actifs comprennent seulement les établissements de soins actifs aux malades hospitalisés à partir de 2005-2006. Au cours des années précédentes, cette catégorie comprenait aussi les établissements de soins actifs ambulatoires et un établissement de soins psychiatriques fournis aux malades hospitalisés (qui se trouvent maintenant dans la catégories « Autres »).

   — Les soins chroniques comprennent les établissements de soins prolongés. L'établissement additionnel pour 2005-2006 n'est pas un nouvel établissement. Par le passé, les statistiques concernant cet établissement étaient incluses dans un groupe plus vaste d'établissements, mais elles sont désormais consignées séparément.

   — Les soins de réadaptation comprennent les établissements de réadaptation.

   — La catégorie Autres comprend les établissements de soins actifs ambulatoires, les centres de diagnostic et de traitement et un établissement de soins psychiatriques fournis aux malades hospitalisés.

   Le nombre d'établissements dans le tableau ne concorde pas nécessairement avec les nombres provenant de la Base de données sur les congés des patients, du SIG ou de la *Societies Act*, chaque système de rapport ayant sa propre méthode pour compter les établissements ayant des installations à plus d'un endroit et pour les classer par fonction.

2. En Colombie-Britannique, les régies régionales de la santé sont responsables d'un large éventail de services de soins de santé, dont les soins actifs en milieu hospitalier, les soins en établissement, les soins communautaires et à domicile, les soins communautaires en santé mentale et les services de santé publique, sauf les services médicaux, les services de laboratoire et les services d'assurance-médicaments. Les rapports financiers ne présentent pas séparément les dépenses liées aux services fournis en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*.

   Les paiements aux régies régionales de la santé de la part du ministère des Services de santé de la C.-B. pour la prestation d'un éventail complet de services fournis à l'échelle régionale ont été les suivants : 4,59 milliards de dollars en 1999-2000, 5,20 milliards de dollars en 2000-2001, 5,62 milliards de dollars en 2001-2002, 6,06 milliards de dollars en 2002-2003, 6,21 milliards de dollars en 2003-2004, 6,25 milliards de dollars en 2004-2005, 6,62 milliards de dollars en 2005-2006, 7,1 milliards de dollars en 2006-2007 et 7,64 milliards de dollars en 2007-2008.

Services hospitaliers assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
6. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	7 294	7 467	6 517	7 172	7 160
7. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	45 318 174	51 869 175	49 899 859	65 678 542	55 309 733
8. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	81 911	80 386	77 537	81 878	95 677
9. Paiements totaux, consultations externes ($)	11 105 322	13 574 737	14 089 042	17 937 647	19 088 368
Services hospitaliers assurés offerts à l'extérieur du Canada					
10. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	1 970	2 294	2 345	1 858	1 603
11. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	2 365 051	3 811 717	4 248 649	3 452 739	14 486 341
12. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	611	761	1 247	960	1 215
13. Paiements totaux, consultations externes ($)	294 712	741 617	770 215	453 698	553 661

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
14. Nombre de médecins participants (#) :					
a. omnipraticiens	4 573	4 629	4 681	4 756	4 806
b. spécialistes	3 510	3 642	3 773	3 870	3 966
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	8 083	8 271	8 454	8 626	8 772
15. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#) :					
a. omnipraticiens	3	4	4	3	3
b. spécialistes	2	2	2	2	2
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	5	6	6	5	5
16. Nombre de médecins qui ne participent pas (#) :					
a. omnipraticiens	1	1	1	1	2
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	1	1	1	1	2
17. Services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement :					
a. nombre de services (#)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
b. paiements totaux ($)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
18. Services médicaux rémunérés à l'acte :					
a. nombre de services (#)	63 758 925	65 944 973	70 083 943	72 660 315	75 659 148
b. paiements totaux ($)	1 967 031 496	1 956 374 356	2 032 708 002	2 074 806 490 [3]	2 149 229 722 [3]

3. La rémunération à l'acte prévue par le MSP qui est rapportée à la cellule 18b comprend les hausses tarifaires rétroactives partielles qui se sont appliquées aux frais médicaux pour 2006-2007 et 2007-2008.

Services médicaux assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
19. Nombre de services (#)	604 748	628 099	674 497	673 886	706 044
20. Paiements totaux ($)	22 516 419	23 624 476	25 781 441	26 928 627	25 512 690
Services médicaux assurés offerts à l'extérieur du Canada					
21. Nombre de services (#)	52 673	65 134	69 741	55 527	34 444
22. Paiements totaux ($)	2 281 820	2 767 854	3 121 999	2 551 760	6 652 374

Services chirurgicaux et dentaires assurés offerts dans la province ou le territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
23. Nombre de dentistes participants (#)	243	228	238	234	245
24. Nombre de services fournis (#)	36 809	38 310	41 965	44 015	43 262
25. Paiements totaux ($)	5 170 348	5 268 900	5 833 105	6 087 395	6 305 343

Yukon

Introduction

Le régime d'assurance-santé du gouvernement du Yukon comprend le Régime d'assurance-santé du Yukon (RASY) et le Régime d'assurance-hospitalisation du Yukon (RAHY). Le RASY est administré par un directeur nommé par le membre du conseil exécutif (ministre), et le RAHY, par un administrateur, nommé par le commissaire en conseil exécutif (commissaire du Yukon). Le directeur du RASY et l'administrateur du RAHY portent ci-après le titre de « directeur des services de santé assurés et de santé auditive ». Toute mention du « régime » dans le présent texte concerne soit le Régime d'assurance-santé du Yukon ou le Régime d'assurance-hospitalisation du Yukon. Il n'y a aucun conseil de santé régional au Yukon.

L'objectif du système de santé du Yukon est d'assurer l'accessibilité et la transférabilité des services médicaux et hospitaliers assurés, conformément aux dispositions de la *Loi sur l'assurance-santé* et de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*. Tous les résidents admissibles du Yukon sont couverts, selon des modalités uniformes. Le ministre de la Santé et des Affaires sociales est responsable de la prestation de tous les services de santé assurés, dont l'administration est centralisée à ce ministère. En date du 31 mars 2008, le nombre de personnes admissibles inscrites au régime d'assurance-santé du Yukon s'élevait à 33 423.

Les autres services assurés offerts aux résidents admissibles du Yukon sont le programme d'assurance-déplacements, le programme de prestations aux malades chroniques et aux personnes handicapées, les programmes d'assurance-médicaments et d'assurance-santé complémentaires et le programme d'assurance-médicaments et de soins de la vue pour les enfants. Les programmes de services de santé non assurés sont les services de soins continus, de soins infirmiers communautaires, de santé communautaire et de santé mentale.

Les initiatives de soins de santé du territoire sont axées notamment sur l'accessibilité et la disponibilité des services, le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé, les soins de santé primaires, l'élaboration de systèmes et les autres modes de rémunération et de prestation de services. Citons en particulier :

- Les initiatives de soins primaires en cours, qui permettront d'élargir et de renforcer la prestation des services ainsi que de moderniser et d'améliorer les fonctionnalités du système.

Ces initiatives sont les suivantes :

- le système d'information sur les services de santé assurés – un nouveau système est en service depuis un peu plus de deux ans pour le traitement des demandes d'inscription à l'assurance-santé et les demandes de paiement pour les services médicaux, les services hospitaliers et les médicaments. La mise en œuvre du module de remboursement des dépenses pour les services de santé obtenus hors du Yukon est prévue pour l'été 2008;
- la collaboration avec l'Association médicale du Yukon afin de trouver des solutions pour les habitants du Yukon sans médecin de famille se poursuit;
- l'ouverture d'une clinique de stimulateurs cardiaques en février 2007 qui dessert environ 60 résidents du Yukon; ainsi, les résidents qui ont un stimulateur cardiaque n'ont plus besoin d'aller à l'extérieur du territoire pour l'examen médical de leur appareil;
- le Yukon a recruté un plus grand éventail de spécialistes itinérants qui fourniront des services à la clinique des spécialistes itinérants;

- *Diabetes Collaborative*, qui aide les médecins à mieux soigner les personnes diabétiques, entame une nouvelle phase pour soigner, en plus du diabète, des maladies chroniques comme l'insuffisance cardiaque congestive, la maladie pulmonaire obstructive chronique, l'hypertension et les maladies du rein, à Whitehorse et dans les régions avoisinantes.

Les principaux obstacles au progrès de la prestation des services de santé assurés dans le territoire sont notamment :

- le manque de mise en rapport et de coordination efficaces des services actuels et des fournisseurs de service;
- les problèmes de recrutement et de maintien en poste de professionnels de la santé qualifiés;
- l'augmentation des coûts connexes à la prestation de services;
- l'augmentation des coûts associés aux changements démographiques;
- l'acquisition et l'entretien de nouveaux appareils de diagnostic et de traitement de haute technologie.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le paragraphe 3(2) et l'article 4 de la *Loi sur l'assurance-santé* renferment les dispositions concernant la gestion de ce régime par une autorité publique. Ils n'ont pas été modifiés en 2007-2008.

Le paragraphe 3(1) et l'article 5 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* renferment les dispositions concernant la gestion de ce régime par une autorité publique. Ils n'ont pas été modifiés en 2007-2008.

Sous réserve des dispositions de l'article 5 de la *Loi sur l'assurance-santé* et de son *Règlement*, le mandat et la fonction du directeur des services de santé assurés et de santé auditive sont :

- d'élaborer et d'administrer le régime;
- de déterminer l'admissibilité aux services de santé assurés;
- d'inscrire des personnes au régime;
- d'effectuer les paiements en vertu du régime, et de décider de l'admissibilité à ces paiements et d'en fixer les montants;
- de fixer les montants payables pour les services de santé assurés à l'extérieur du Yukon;
- de créer des comités consultatifs et de nommer des personnes chargées de donner des avis et d'aider au fonctionnement du régime;
- d'intenter des actions et de négocier des règlements à l'amiable dans l'exercice du droit du gouvernement du Yukon d'être subrogé dans les droits des assurés au titre de la *Loi*;
- d'effectuer des enquêtes et des programmes de recherche, et d'obtenir des statistiques à ces fins;
- de déterminer les renseignements qui doivent être fournis en application de la *Loi* et les formes sous lesquelles ils doivent être fournis;
- de nommer des inspecteurs et des vérificateurs pour examiner les dossiers médicaux, les rapports et les comptes et en tirer des renseignements;
- de s'acquitter des autres fonctions que lui confie le ministre en application de la *Loi*.

Sous réserve des dispositions de l'article 6 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et de son *Règlement*, le mandat et la fonction du directeur des services de santé assurés et de santé auditive sont :

- de mettre en œuvre et d'administrer le régime d'assurance-hospitalisation;
- de fixer l'admissibilité et le droit aux services assurés;

- de fixer les montants qui peuvent être versés pour acquitter le coût des services assurés fournis à des bénéficiaires;
- de conclure des accords pour le compte du gouvernement du Yukon avec des hôpitaux, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du Yukon, ou avec le gouvernement du Canada ou d'une province, ou un de leurs organismes compétents, portant sur la prestation de services assurés à des bénéficiaires;
- d'agréer des hôpitaux pour l'application de la *Loi*;
- d'effectuer des enquêtes, de mener des études et d'obtenir des statistiques à ces fins;
- de nommer des inspecteurs et des vérificateurs pour examiner les livres, rapports et comptes des hôpitaux pour en tirer des renseignements;
- de prévoir les formulaires et les livres nécessaires à la mise en œuvre de la loi;
- d'accomplir toute autre fonction et de s'acquitter de toute autre tâche que la réglementation peut lui attribuer.

1.2 Liens hiérarchiques

Le ministère de la Santé et des Affaires sociales est responsable devant l'Assemblée législative et le gouvernement du Yukon par l'intermédiaire du ministre.

L'article 6 de la *Loi sur l'assurance-santé* et l'article 7 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* exigent que le directeur des services de santé assurés et de santé auditive présente au ministre un rapport annuel sur l'administration des deux régimes d'assurance-santé. L'état des recettes et dépenses est déposé à l'Assemblée législative, où il doit faire l'objet de discussions.

1.3 Vérification des comptes

Le Régime d'assurance-santé et le Régime d'assurance-hospitalisation sont assujettis à la vérification par le Bureau du vérificateur général du Canada. Le vérificateur général du Canada agit à titre de vérificateur du gouvernement du Yukon, conformément à l'article 30 de la *Loi sur le Yukon* (Canada). Il doit vérifier annuellement les transactions et les états financiers consolidés du gouvernement du Yukon. Il doit de plus signaler à l'Assemblée législative du Yukon tout point du ressort de la vérification qui, selon lui, doit être communiqué à l'Assemblée.

La dernière vérification concernait l'exercice se terminant le 31 mars 2008.

En ce qui a trait à la Régie des hôpitaux du Yukon, le paragraphe 13(2) de la *Loi sur les hôpitaux* exige que chaque hôpital remette un rapport de ses activités pour l'exercice précédent. Ce rapport doit notamment comporter les états financiers de la Régie et le rapport du vérificateur. Il doit être présenté au ministère de la Santé et des Affaires sociales dans les six premiers mois de chaque exercice.

1.4 Organisme désigné

Le Régime d'assurance-santé du Yukon n'a aucun mandataire désigné autorisé à recevoir des montants payables ou à verser des paiements au titre de la *Loi sur l'assurance-santé* ou de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les articles 3, 4, 5 et 9 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* confèrent le pouvoir de fournir des services hospitaliers assurés aux résidents assurés. La Yukon Hospital Insurance Services Ordinance, adoptée en 1960, est entrée en vigueur le 9 avril de la même année. Aucune modification n'a été apportée à ces dispositions en 2007-2008.

En 2007-2008, 15 établissements situés sur l'ensemble du territoire ont fourni des services hospitaliers assurés à des malades hospitalisés et à des malades externes. Ces établissements comprennent un hôpital général, un hôpital et 13 centres de santé.

Adoptée le 7 décembre 1989, la *Loi sur les hôpitaux* confère à la législature et au gouvernement la responsabilité de veiller à ce que « soient respectées les méthodes rationnelles d'exploitation et les normes appropriées applicables aux installations et aux soins ». Adopté le 11 novembre 1994, le *Règlement sur les normes applicables aux hôpitaux* définit les conditions de fonctionnement de tous les hôpitaux du territoire. Le paragraphe 4(1) prévoit la nomination par le ministre d'une ou de plusieurs personnes pour enquêter et faire rapport sur la gestion et l'administration d'un hôpital. Le paragraphe 4(2) exige que le conseil d'administration de l'hôpital établisse et maintienne un programme d'assurance de la qualité. La Régie des hôpitaux du Yukon a obtenu un agrément de trois ans du Conseil canadien d'agrément des services de santé.

Depuis avril 1997, c'est le gouvernement du Yukon, plutôt que le gouvernement fédéral, qui assume la responsabilité des centres de santé. Ces établissements, dont l'hôpital pavillonnaire de Watson Lake, fonctionnent en respectant les champs d'activités du personnel de soins infirmiers – en santé communautaire, dans les postes de soins infirmiers et dans les centres de soins de santé – adoptés par la Direction générale des services médicaux, ainsi que le champ d'activités des infirmières en santé communautaire. Le champ d'activités des infirmières de chevet a été défini et mis en œuvre en février 2002.

Aux termes des alinéas 2e) et 2f) du *Règlement sur l'assurance-hospitalisation*, les services fournis dans un hôpital agréé sont assurés. La définition de « services assurés aux patients hospitalisés » qui figure à l'alinéa 2e) comprend tous les services suivants fournis aux malades hospitalisés : l'hébergement et les repas en salle commune ou au niveau de service normal; les services infirmiers essentiels; les examens de laboratoire, radiographies et épreuves diagnostiques ainsi que l'interprétation de leurs résultats dans le but de préserver la santé, de prévenir la maladie ou de faciliter le diagnostic et le traitement d'un traumatisme, d'une maladie ou d'un handicap; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes indiqués à l'annexe B du *Règlement*, lorsqu'ils sont administrés à l'hôpital; l'usage de la salle d'opération, de la salle d'examen et des installations d'anesthésie, y compris du matériel et des fournitures connexes; les fournitures chirurgicales habituelles; l'usage des installations de radiothérapie, s'il y a lieu; l'usage des installations de physiothérapie, s'il y a lieu; les services rendus par des personnes touchant une rémunération de l'hôpital pour ce faire.

La définition de « services assurés aux malades externes » à l'alinéa 2f) du même *Règlement* inclut les services fournis aux malades externes pour le diagnostic ou le traitement d'urgence dans les 24 heures suivant un accident (laquelle période peut être prolongée par l'administrateur lorsque le service n'a pu être obtenu dans les 24 heures suivant l'accident), à savoir : les services infirmiers essentiels; les examens de laboratoire, radiographies et autres épreuves diagnostiques ainsi que l'interprétation de leurs résultats dans le but de faciliter le diagnostic et de soigner un traumatisme; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes indiqués à l'annexe B du *Règlement*, lorsqu'ils sont administrés à l'hôpital; l'usage de la salle d'opération et des installations d'anesthésie, y compris du matériel et des fournitures connexes; les fournitures chirurgicales habituelles; les services rendus par des personnes touchant une rémunération de l'hôpital pour ce faire; l'usage des installations de radiothérapie, s'il y a lieu; l'usage des installations de physiothérapie, s'il y a lieu.

Conformément au *Règlement sur l'assurance-hospitalisation*, tous les services offerts aux patients hospitalisés et aux malades externes dans un hôpital approuvé par les employés de cet établissement sont des services assurés. Les soins infirmiers, les produits pharmaceutiques, les fournitures et les services de diagnostic et de chirurgie habituels sont offerts. Tout nouveau programme ou toute amélioration ayant d'importantes répercussions financières, de même que les réductions de services ou de programmes doivent être approuvés par le ministre de la Santé et des Affaires sociales. Ce processus

est géré par le directeur des services de santé assurés et de santé auditive. Pour les questions concernant les changements de niveau de service, les membres du conseil d'administration de l'hôpital représentent le public.

En 2007-2008, du financement additionnel a été accordé pour accroître le nombre d'arthroplasties du genou pratiquées au Yukon.

Une clinique satellite de spécialistes a été mise sur pied à Whitehorse pour répondre à l'augmentation du nombre de services de spécialistes itinérants.

Grâce à ces mesures, le Yukon aura moins besoin de compter sur les services hors territoire.

2.2 Services médicaux assurés

Les articles 1 à 8 de la *Loi sur l'assurance-santé* et les articles 2, 3, 7,10 et 13 du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon* prévoient la prestation de services médicaux assurés. Aucune modification n'a été apportée à ces articles en 2007-2008.

Le Régime d'assurance-santé du Yukon couvre les services médicalement nécessaires fournis par des médecins. Pour y participer, le médecin doit satisfaire aux exigences suivantes :

- s'inscrire au registre médical pour obtenir une licence conformément à la *Loi sur la profession médicale*;
- conserver sa licence, conformément à la *Loi sur la profession médicale*.

Le nombre estimatif de médecins résidents qui participaient au régime d'assurance-santé du Yukon en 2007-2008 était de 67.

Aux termes du paragraphe 7(5) du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon*, les médecins du territoire peuvent choisir de facturer les services assurés aux patients s'ils font part de ce choix par écrit. En 2007-2008, aucun médecin n'a remis d'avis écrit concernant son choix de percevoir des honoraires sans passer par le régime d'assurance-santé du Yukon.

Les services médicaux assurés au Yukon sont les services médicalement nécessaires rendus par un médecin. La liste des services non assurés par le régime figure à l'article 3 du *Règlement* et sont notamment : les conseils donnés au téléphone; les services de médecine légale; la préparation des dossiers et des rapports; les services réclamés par un tiers; le traitement esthétique; les services qu'aucune raison d'ordre médical ne justifie.

Les ajouts au Payment Schedule for Yukon (tarif d'honoraires du Yukon) passent par un processus géré par un comité, selon lequel les médecins doivent présenter une demande par écrit au comité de liaison de l'Association médicale du Yukon et du Régime d'assurance-santé du Yukon.

Le comité examine la demande, et on prend la décision d'inclure ou non le service. En général, les coûts ou les honoraires connexes sont établis d'après ceux des autres administrations et, lorsqu'ils sont fixés, tous les médecins du Yukon en sont informés. Une consultation publique n'est pas requise.

De nouveaux honoraires peuvent également être négociés entre l'Association médicale du Yukon et le ministère de la Santé et des Affaires sociales. Le directeur des services de santé assurés et de santé auditive gère ce processus, qui ne prévoit aucune consultation publique.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les dentistes qui fournissent des services de chirurgie dentaire assurés par le régime d'assurance-santé du territoire doivent être titulaires d'une licence délivrée en vertu de la *Loi sur les professions dentaires*. Ils reçoivent un numéro de facturation au régime d'assurance-santé du Yukon pour la prestation de services dentaires assurés. En 2007-2008, deux dentistes ont facturé au régime des services dentaires assurés fournis à des résidents du Yukon. Les services fournis à l'extérieur du territoire sont également facturés directement au régime.

Les dentistes peuvent choisir de ne pas participer au régime d'assurance-santé selon les mêmes modalités que les médecins. En 2007-2008, aucun dentiste n'a remis d'avis écrit concernant son choix de percevoir des honoraires sans passer par le régime d'assurance-santé du Yukon.

Les services dentaires assurés se limitent aux actes de chirurgie dentaire inscrits à l'annexe B du *Règlement* et qui ne peuvent être exécutés que dans un hôpital en raison des ressources particulières qu'ils exigent (p. ex. correction chirurgicale du prognathisme ou de la micrognathie).

Un décret modifiant l'annexe B du *Règlement concernant les services d'assurance-santé* est requis pour qu'un service soit ajouté à la liste des services dentaires assurés ou en soit retiré. Les décisions à cet égard sont fonction de la nécessité de fournir le service dans un hôpital sous anesthésie générale. Le directeur des services de santé assurés et de santé auditive gère ce processus.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Seuls les services prescrits et fournis conformément à la *Loi sur l'assurance-santé* et à son *Règlement* et à la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et à son *Règlement* sont assurés. Aucun autre service n'est couvert.

Les services médicaux non assurés comprennent : les services non médicalement nécessaires; les frais d'interurbains; la préparation ou la fourniture d'un médicament; les consultations téléphoniques à la demande de la personne assurée; les services médico-légaux, y compris les examens et les rapports; les services fournis à des fins esthétiques; l'acupuncture; les interventions expérimentales.

L'article 3 du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon* renferme une liste partielle des services non assurés.

Les services hospitaliers non assurés comprennent l'hospitalisation des non-résidents; les services d'infirmières spéciales ou privées retenus par le patient ou la famille du patient; le supplément pour une chambre privée ou semi-privée, lorsque celle-ci n'est pas médicalement nécessaire; les béquilles et autres dispositifs semblables; les coûts d'une maison de soins infirmiers; les téléviseurs; les téléphones; les médicaments et les produits biologiques requis par un malade après son congé de l'hôpital. (Ces services ne sont pas fournis par l'hôpital.)

Les services dentaires non assurés comprennent les actes réputés restaurateurs et les actes qui ne sont pas exécutés dans un hôpital sous anesthésie générale.

La *Loi* prévoit aussi que tous les services auxquels une personne est admissible et a droit en vertu de toute autre loi ne sont pas assurés.

Tous les résidents du Yukon jouissent de l'égalité d'accès aux services. Les tiers, comme les assureurs privés et la Commission de la santé et de la sécurité au travail, n'ont pas accès en priorité aux services en versant un supplément.

L'achat de services ou de fournitures non assurés, comme les plâtres en fibre de verre, ne retarde ou ne compromet en rien l'accès aux services assurés. Les assurés sont informés de leurs options en matière de traitement lorsqu'ils reçoivent le service.

Le territoire n'a aucun processus officiel de surveillance de la conformité; toutefois, les commentaires des médecins, des administrateurs d'hôpitaux, des professionnels de la santé et du personnel permettent au directeur des services de santé assurés et de santé auditive d'exercer une surveillance en cas de préoccupations relatives à l'utilisation ou aux services.

Dans le territoire, les médecins peuvent facturer directement aux patients les services de santé non assurés. Des honoraires forfaitaires ne sont pas actuellement demandés, mais certains médecins facturent en fonction du service. Les services facturables comprennent entre autres la consignation de renseignements dans les formulaires de demande d'emploi et la préparation de rapports médicaux juridiques, le transfert de dossiers, les examens réclamés par des tiers, certains services non urgents ainsi que les prescriptions, les conseils et le counseling

donnés au téléphone. Le paiement n'a aucune incidence sur l'accès des patients aux services puisque les cliniques et les médecins ne facturent pas tous ces services et que d'autres agences ou les employeurs peuvent couvrir ces coûts.

Le processus utilisé pour désassurer un service couvert par le régime d'assurance-santé du Yukon est le suivant :

- **Services médicaux** – Le comité de liaison de l'Association médicale du Yukon et du Régime d'assurance-santé du Yukon examine les modifications à apporter au Payment Schedule for Yukon, dont celles qui découlent de la décision de retirer un service. Cette décision est prise en collaboration avec le conseiller médical du Yukon et est basée sur l'existence de preuves médicales que le service n'est pas médicalement nécessaire, qu'il est inefficace ou qu'il pourrait présenter un risque pour la santé des patients. Une fois la décision prise de désassurer un service, tous les médecins en sont avisés par écrit. Le directeur des services de santé assurés et de santé auditive gère ce processus. Aucun service n'a été retiré du Payment Schedule for Yukon en 2007-2008.
- **Services hospitaliers** – Les alinéas 2e) et 2f) du *Règlement sur l'assurance-hospitalisation* du Yukon doivent être modifiés par décret. En date du 31 mars 2008, aucun service hospitalier aux malades hospitalisés ou externes prévu au *Règlement* n'avait été désassuré. Le directeur des services de santé assurés et de santé auditive gère le processus en collaboration avec la Régie des hôpitaux du Yukon.
- **Services de chirurgie dentaire** – L'annexe B du *Règlement sur l'assurance-santé* doit être modifié par décret. Un service peut être désassuré s'il n'est plus jugé médicalement nécessaire ou si l'intervention n'a plus à être pratiquée dans un hôpital sous anesthésie générale. Le directeur des services de santé assurés et de santé auditive gère ce processus.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité

Les dispositions concernant l'admissibilité aux services de santé assurés sont énoncées à l'article 2 de la *Loi sur l'assurance-santé*, et à l'article 4 de son *Règlement*, ainsi qu'à l'article 2 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et à l'article 4 de son *Règlement*. Sous réserve des dispositions de ces lois et règlements, tous les résidents du Yukon sont admissibles aux services de santé assurés selon des modalités uniformes. La définition de « résident », soit « personne légalement autorisée à être ou à rester au Canada, qui est domiciliée et qui réside habituellement au Yukon, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite au Yukon », correspond à celle d'« habitant » de la *Loi canadienne sur la santé*. S'il y a lieu, l'admissibilité de toutes les personnes est gérée conformément à l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité.

Aux termes du paragraphe 4(1) des deux règlements, un assuré est admissible aux services assurés et y a droit après minuit, le dernier jour du second mois suivant son arrivée au Yukon.

En vertu des changements concernant l'admissibilité qui ont été apportés en 2004-2005, toutes les personnes qui retournent au Yukon ou y établissent leur résidence sont assujetties à la période d'attente, à l'exception des enfants adoptés par des assurés.

Les personnes suivantes ne sont pas admissibles à la couverture du régime au Yukon :

- les personnes qui ont droit à des prestations dans leur province ou territoire d'origine (p. ex. les étudiants et les travailleurs couverts en vertu des dispositions concernant les absences temporaires);
- les personnes en visite au territoire;
- les demandeurs du statut de réfugié;
- les membres des Forces canadiennes;

- les réfugiés au sens de la Convention;
- les membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC);
- les détenus des pénitenciers fédéraux;
- les détenteurs de permis d'étude, sauf s'il s'agit d'un enfant qui est une personne à charge d'un individu possédant un permis de travail d'un an;
- les personnes ayant un permis de travail valide pour moins d'un an.

Ces personnes peuvent devenir admissibles dans l'une ou l'autre des situations suivantes :

- elles fournissent une preuve de résidence dans le territoire;
- elles obtiennent le statut de résident permanent;
- le lendemain du jour où elles obtiennent leur congé ou leur libération si elles sont en poste dans le territoire ou y résident.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Aux termes de l'article 16 de la *Loi sur l'assurance-santé*, « Chaque résident, sauf les personnes à charge ou celles qui sont exemptées par les règlements, est tenu de s'inscrire lui-même et d'inscrire les personnes à sa charge auprès du directeur selon les modalités – de forme et de temps – réglementaires. » L'inscription est gérée conformément à l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité.

Les personnes qui s'installent avec leurs personnes à charge de moins de 19 ans dans le territoire ont intérêt à présenter une demande d'inscription au régime d'assurance-santé dès leur arrivée. Pour ce faire, elles doivent remplir une formule d'inscription disponible dans les bureaux des services de santé assurés et de santé auditive ou auprès des agents territoriaux de la communauté. Lorsqu'elles sont couvertes, une carte d'assurance-santé leur est délivrée.

Chaque membre de la famille reçoit une carte et un numéro distincts. Les cartes expirent chaque année, à la date d'anniversaire du résident. Une étiquette affichant la nouvelle date d'expiration est alors envoyée.

En date du 31 mars 2008, 33 423 résidents étaient inscrits au régime d'assurance-santé du Yukon, et aucun n'avait signifié aux Services de santé assurés son intention de se retirer du régime en 2007-2008.

3.3 Autres catégories de personnes

Le régime d'assurance-santé du Yukon prévoit la couverture d'autres catégories de personnes, comme suit :

- **Canadiens de retour au pays** – une période d'attente s'applique;
- **résidents permanents** – une période d'attente s'applique;
- **détenteurs de permis ministériel** – une période d'attente s'applique, lorsque l'autorisation est donnée;
- **travailleurs étrangers** – une période d'attente s'applique, à condition de détenir une autorisation d'emploi;
- **membres du clergé** – une période d'attente s'applique, à condition de détenir une autorisation d'emploi.

Les autorisations d'emploi doivent être valables pour une période de plus de 12 mois.

En 2007-2008, les nombres estimatifs de nouveaux assurés au Yukon dans les catégories ci-dessous ont été les suivants :

- **Canadiens de retour au pays** – 97;
- **résidents permanents** – 480;
- **détenteurs de permis ministériel** – 0;
- **réfugiés au sens de la Convention** – 0;
- **membres des Forces armées** – 6;
- **membres de la GRC** – 12.

En 2007-2008, les nombres estimatifs de nouveaux assurés au Yukon dans les catégories ci-dessous ont été les suivants :

- **travailleurs étrangers** – 95;
- **membres du clergé** – 0.

3.4 Primes

Le paiement de primes par les résidents du Yukon a été aboli le 1er avril 1987.

4.0 Transférabilité

4.1 Période d'attente minimale

Selon les paragraphes 4(1) du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon* et du *Règlement sur l'assurance-hospitalisation du Yukon*, « un assuré est admissible aux services assurés et y a droit après minuit, le dernier jour du second mois suivant son arrivée au Yukon ». Toutes les personnes admissibles sont assujetties à la période d'attente minimum, à l'exception des enfants adoptés à l'étranger par des assurés (voir la section 3.1).

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Les articles 5, 6, 7 et 10 du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon* ainsi que l'article 6, les paragraphes 7(1) et 7(2) et l'article 9 du *Règlement sur l'assurance-hospitalisation du Yukon* renferment les dispositions concernant la transférabilité de l'assurance-santé durant une absence temporaire au Canada.

Ces deux règlements stipulent que l'assuré qui quitte le Yukon mais a l'intention d'y revenir a droit aux services assurés pour une période de 12 mois d'absence continue. Les personnes qui quittent le territoire pour plus de trois mois devraient communiquer avec le régime d'assurance-santé du Yukon et remplir un formulaire d'absence temporaire, sinon leur couverture pourrait être annulée.

Les étudiants qui fréquentent un établissement d'enseignement situé à l'extérieur du territoire demeurent admissibles à l'assurance-santé pendant la durée de leurs études. Le directeur des services de santé assurés et de santé auditive peut autoriser d'autres absences de plus de 12 mois consécutifs sur présentation d'une demande écrite de l'assuré. Les demandes de prolongation doivent être renouvelées chaque année et recevoir l'approbation du directeur.

En ce qui concerne les travailleurs temporaires et les missionnaires, le directeur des services de santé assurés et de santé auditive peut autoriser des absences de plus de 12 mois consécutifs sur présentation d'une demande écrite par l'assuré. Les demandes de prolongation doivent être renouvelées chaque année et recevoir l'approbation du directeur.

Les dispositions concernant la couverture durant des absences temporaires au Canada sont strictement conformes aux modalités de l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité, en vigueur depuis le 1er février 2001. Les définitions dans les règlements, les politiques et les procédures sont uniformisées.

Aucune modification n'a été apportée aux dispositions législatives ci-dessus en 2007-2008.

Le Yukon adhère complètement aux ententes interprovinciales et interterritoriales sur la facturation réciproque des services médicaux et hospitaliers, conclues avec les provinces et les autres territoires, à l'exception du Québec, qui ne participe pas aux ententes de facturation réciproque des services médicaux. Les personnes qui reçoivent des services médicaux (d'un médecin) au Québec peuvent devoir payer directement les honoraires et présenter une demande de remboursement au régime d'assurance-santé du Yukon.

Les ententes de facturation réciproque des services hospitaliers prévoient le paiement des services hospitaliers aux malades hospitalisés ou externes fournis ailleurs au Canada à des résidents admissibles du Yukon.

Les ententes de facturation réciproque des services médicaux prévoient le paiement des services médicaux assurés fournis ailleurs au Canada aux résidents admissibles. Le paiement est versé à la province ou au territoire qui a fourni le service, aux taux établis par cette administration.

Les services assurés fournis aux résidents du Yukon pendant une absence temporaire du territoire sont payés aux taux fixés par la province d'accueil. Pendant l'année financière 2007-2008, les montants suivants ont été versés à des hôpitaux à l'extérieur du territoire :

- **services aux malades hospitalisés** – 10 742 393 $
- **services aux malades externes** – 2 155 225 $.

Ces chiffres sont pour la date où les services ont été fournis et peuvent être sujets à changement.

En 2007-2008, les montants versés à des médecins à l'extérieur du territoire ont atteint 1 977 052 $.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'extérieur du Canada

Les articles 5, 6, 7, 9, 10 et 11 du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon* ainsi que l'article 6, les paragraphes 7(1) et 7(2) et l'article 9 du *Règlement sur l'assurance-hospitalisation du Yukon* renferment les dispositions concernant la transférabilité de l'assurance-santé pendant des absences temporaires à l'étranger. Aucune modification n'a été apportée à ces articles en 2007-2008. En vertu des articles 5 et 6, l'assuré qui quitte le Yukon mais a l'intention d'y revenir a droit aux services assurés pour une période de 12 mois d'absence continue.

Les personnes qui quittent le territoire pour une période de plus de trois mois devraient communiquer avec le régime d'assurance-santé du Yukon et remplir un formulaire d'absence temporaire, sinon leur couverture pourrait être annulée.

Les dispositions concernant la transférabilité de l'assurance-santé durant des absences à l'étranger d'étudiants, de travailleurs temporaires et de missionnaires sont les mêmes que celles qui sont en vigueur pour les absences au Canada (voir la section 4.2).

Les services médicaux assurés fournis à l'étranger aux résidents admissibles du Yukon durant une absence temporaire à l'étranger sont remboursés aux taux prévus pour ces services lorsqu'ils sont fournis au Yukon. Le régime d'assurance-santé verse le paiement à l'assuré ou directement au fournisseur du service assuré.

Les services hospitaliers aux malades hospitalisés fournis à l'étranger aux résidents du Yukon admissibles sont payés aux taux établis pour l'Hôpital général de Whitehorse dans le *Règlement sur le taux normalisé pour un traitement en clinique*. Le taux normalisé à l'Hôpital général de Whitehorse était de 1 382 $ en date du 1er avril 2007. Ce taux, établi par décret, se calcule comme suit :

- Tarif de salle publique = (dépenses d'exploitation totales – coûts d'hospitalisation non liés - coûts connexes des naissances – coûts connexes des services de consultation externe) / (jours-patient totaux – jours-patient pour d'autres services; p. ex. non-Canadiens).

Les services hospitaliers assurés fournis à l'extérieur du Canada aux malades externes admissibles du Yukon sont remboursés au taux établi par le *Règlement sur la facturation des soins dispensés en consultation externe*. Ce taux, qui est actuellement de 169 $, est établi par décret et a été fixé par le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS).

En 2007-2008, les montants suivants ont été versés pour des services d'urgence et des services non urgents offerts aux résidents du Yukon admissibles qui se trouvaient à l'étranger :

- **services aux malades hospitalisés** – 32 075 $
- **services aux malades externes** – 11 782 $.

Ces chiffres sont pour la date où les services ont été fournis et peuvent être sujets à changement.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Aucune disposition législative n'oblige les résidents admissibles à obtenir une autorisation avant de recevoir des services médicaux ou hospitaliers d'urgence ou non urgents à l'étranger.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Le Régime d'assurance-santé du Yukon et le Régime d'assurance-hospitalisation du Yukon ne prévoient pas de frais modérateurs ni de coassurance. Tous les services sont offerts selon des modalités uniformes sans obstacle financier ou autre obstacle à l'accès.

L'accès aux services hospitaliers ou médicaux qui ne sont pas offerts localement est fourni dans le cadre du programme de spécialistes itinérants, du programme de télésanté ou du programme d'assurance-déplacements. Ces programmes font en sorte que les services médicalement nécessaires sont reçus immédiatement ou dans un très court délai.

Aucun service assuré au titre du régime d'assurance-santé du Yukon ne fait l'objet d'une surfacturation.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Aux termes de la *Loi sur les hôpitaux*, « l'assemblée législative et le gouvernement doivent veiller à ce que les établissements et les programmes hospitaliers nécessaires soient disponibles ». Le ministre doit approuver toute modification importante du niveau de prestation des services. Les lits de soins actifs sont rapidement disponibles et il n'existe aucune liste d'attente aux deux établissements de soins actifs du Yukon.

En date du 31 mars 2008, les nombres estimatifs d'équivalents temps plein (ETP) chez les infirmières et les infirmiers et les professionnels de la santé des établissements offrant des services hospitaliers assurés au Yukon étaient les suivants :

Profession	Hôpital général de Whitehorse	Hôpital de Watson Lake
	Nombre d'ETP	Nombre d'ETP
Infirmières et infirmiers autorisés	74,75	7,50
Infirmières et infirmiers auxiliaires	8,00	0
Infirmières et infirmiers praticiens	0	0
Travailleuses et travailleurs sociaux	1,00	0
Pharmaciennes et pharmaciens	2,27	0
Physiothérapeutes	4,55	9,00
Ergothérapeutes	1,40	0
Psychologues	0	0
Laboratoire médical/radiologie	31,99	0
Diététistes	4,50	0
Santé publique	0	2,00
Soins à domicile	0	1,00

L'Hôpital général de Whitehorse et les services infirmiers communautaires gèrent, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Affaires sociales, l'effectif des infirmières et des professionnels de la santé dans les deux hôpitaux du territoire. Les pénuries de main-d'œuvre sont comblées par des travailleurs temporaires, occasionnels ou auxiliaires pour que les résidents aient un accès continu aux services assurés.

Recrutement et maintien en poste

Initiatives de recrutement et de maintien en poste :

Soins infirmiers communautaires

Un comité consultatif du Yukon sur les soins infirmiers a été mis sur pied pour informer le ministère de la Santé et des Affaires sociales des enjeux associés aux

soins infirmiers. Les recommandations formulées par le comité aideront le Yukon à recruter et à maintenir en poste des infirmières, à court et à long terme. Le Yukon offre :

- des salaires concurrentiels;
- des primes au recrutement et au maintien en poste;
- une participation à des salons de l'emploi;
  - des possibilités de formation et d'éducation;
  - des primes de déplacement de 2 000 $ après une année;
  - des postes de relève.

Hôpital général de Whitehorse

- des salaires concurrentiels;
- une échelle salariale qui tient compte de l'expérience;
- des horaires de travail coopératif;
- un centre d'entraînement sur place ouvert en tout temps;
- des séances mensuelles de perfectionnement clinique;
- de la formation et du perfectionnement continus;
- des primes de déplacement de 2 000 $ après une année.

Établissements

Hôpital général de Whitehorse

Seul grand établissement hospitalier de soins de courte durée au Yukon, cet hôpital fournit des services d'urgence 24 heures sur 24 ainsi que des services aux malades hospitalisés et aux malades externes. Les médecins locaux assurent à tour de rôle les services d'urgence. Les patients qui doivent être opérés d'urgence à l'Hôpital général de Whitehorse le sont habituellement dans les 24 heures.

Les patients qui doivent subir une opération non urgente attendent généralement de une à deux semaines. Le nombre de consultations de spécialistes itinérants est régulièrement modifié en fonction des temps d'attente, particulièrement en orthopédie, en otorhinolaryngologie et en ophtalmologie (voir la section 5.3).

Services chirurgicaux fournis :

- interventions mineures en orthopédie;
- certaines interventions majeures en orthopédie;
- gynécologie/obstétrique;
- pédiatrie;
- chirurgie générale abdominale;
- mastectomie;
- traumatologie d'urgence;
- otorhinolaryngologie;
- ophtalmologie, y compris chirurgies de la cataracte.

Services de diagnostic :

- radiologie (y compris échographie, tomodensitométrie, radiographie et mammographie);
- analyses de laboratoire;
- électrocardiogrammes;
- épreuves de stress cardiaque.

Certains services de réadaptation sont fournis dans le cadre des soins ambulatoires.

Hôpital de Watson Lake

Cet établissement de soins de courte durée est situé à Watson Lake. Des services médicaux y sont fournis en traumatologie d'urgence, maternité (faible risque), médecine, pédiatrie, soins palliatifs et soins de relève. Les services de diagnostic comprennent la radiologie, les analyses de laboratoire et les électrocardiogrammes. L'établissement compte 12 lits, et il n'y a pas de liste d'attente pour y être admis.

Centres de santé

Les services d'urgence 24 heures sur 24 et les services aux malades externes sont fournis dans les 13 centres de santé communautaire par des infirmières et des infirmiers praticiens communautaires et du personnel infirmier auxiliaire.

Les patients qui ont besoin de services hospitaliers assurés qui ne sont pas offerts localement sont

envoyés dans des établissements de soins de courte durée au Yukon ou à l'extérieur du territoire, dans le cadre du programme d'assurance-déplacements.

Mesures d'amélioration de l'accès

Plusieurs mesures visant à améliorer l'accès aux services hospitaliers assurés ont été prises. Le ministère de la Santé et des Affaires sociales continue de collaborer avec la Régie des hôpitaux du Yukon et les responsables des soins infirmiers communautaires pour diminuer ou ne pas augmenter les périodes d'attente pour ces services dans le territoire. Par exemple :

- Tous les centres de santé ruraux du Yukon ont accès à des défibrillateurs cardiaques. Les infirmières praticiennes communautaires ont donc accès à un outil précieux, qui leur permet d'améliorer l'accès local à des soins cardiaques.
- Le Ministère est présent aux salons de recrutement de personnel infirmier tenus dans les diverses régions du pays et il fournit aux infirmières et aux infirmiers présents de l'information sur le travail dans le territoire.
- Le comité d'évaluation technique continue de formuler des recommandations à l'intention du Ministère concernant les services et les programmes de santé au Yukon, au besoin. Il a comme mandat d'établir les modalités de la mise sur pied, de l'élimination, de l'expansion ou de la réduction des programmes ou des services.
- La télésanté fournit à toutes les collectivités du Yukon un accès par vidéo en temps réel, ce qui assure aux régions rurales périphériques un accès à Whitehorse. De plus, Whitehorse et les communautés rurales peuvent avoir accès à des services offerts par des centres situés en Colombie-Britannique ou en Alberta.
- Des séances éducatives de télésanté continuent d'avoir lieu fréquemment entre Whitehorse et les régions rurales du Yukon, de même qu'entre Whitehorse et la Colombie-Britannique. Des patients, des médecins, des infirmières, des travailleurs sociaux, des psychiatres, des conseillers en santé mentale et des professionnels paramédicaux, comme des représentants en santé communautaire et des « travailleurs pour le mieux-être » des Premières nations, y assistent.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Les lois en vigueur et l'administration des services prévoient que tous les résidents admissibles du Yukon ont un même accès aux services dentaires et médicaux assurés, selon des modalités uniformes.

En date du 31 mars 2008 (voir le point 14 du tableau statistique), les dentistes, les spécialistes et les médecins résidents du territoire qui offraient des services au Yukon étaient les suivants :

- **omnipraticiens/médecins de famille** – 58;
- **spécialistes** – 9;
- **dentistes** – 2.

Un programme d'assurance-déplacements s'ajoute à la répartition habituelle des médecins et des spécialistes dans le territoire pour offrir un accès uniforme aux services médicaux et dentaires assurés. Ce programme couvre les coûts du transport médicalement requis, permettant ainsi aux personnes admissibles d'avoir accès à des services non offerts dans leur collectivité. Des personnes admissibles sont couramment envoyées à Whitehorse, à Vancouver, à Edmonton ou à Calgary pour y recevoir des services.

La plupart des médecins du Yukon se trouvent à Whitehorse. À l'extérieur de Whitehorse, seules deux collectivités rurales ont des médecins résidents rémunérés à l'acte : Dawson City et Watson Lake. Un autre médecin contractuel sert les résidents de Mayo.

Le programme de médecins itinérants offre l'accès local à des services médicaux assurés dans dix collectivités rurales et éloignées. La fréquence des consultations itinérantes est fonction de la demande et de l'utilisation. Les médecins qui offrent des services itinérants par l'entremise de ce programme sont indemnisés, en vertu d'un contrat, pour le temps de déplacement,

le kilométrage, les repas et l'hébergement, en plus d'être rémunérés à la vacation ou à l'acte.

De plus, le ministère de la Santé et des Affaires sociales, de même que le programme de spécialistes itinérants, permet d'offrir à l'Hôpital général de Whitehorse, aux Services de santé mentale ou à l'Unité des maladies transmissibles du Yukon des services de spécialistes itinérants de l'extérieur du Yukon, services qui ne sont habituellement pas offerts dans le territoire. Les spécialistes itinérants voient leurs dépenses remboursées et sont de plus rémunérés à la vacation ou à l'acte.

Les spécialistes qui fournissent des services relevant du programme de spécialistes itinérants ou du ministère de la Santé et des Affaires sociales se répartissent ainsi :

- **ophtalmologie** – 2;
- **oncologie** – 3;
- **médecine interne** – 2;
- **otorhinolaryngologie** – 1;
- **neurologie** – 2;
- **rhumatologie** – 1;
- **dermatologie** – 1;
- **chirurgie dentaire** – 2;
- **maladies infectieuses** – 1;
- **psychiatrie** – 3;
- **orthopédie** – 4;
- **cardiologie** – 3.

Les consultations des spécialistes itinérants, à l'Hôpital général de Whitehorse, se tiennent de une à huit fois par année, selon la demande de service et la disponibilité des spécialistes. En date du 31 mars 2008, les périodes d'attente pour des services spécialisés non urgents étaient estimées comme suit :

- **ophtalmologie** – de 12 à 18 mois;
- **orthopédie** – de 2 à 24 mois;
- **otorhinolaryngologie** – de 1 à 3 mois;
- **rhumatologie** – de 3 à 5 mois;
- **chirurgie dentaire** – de 2 à 6 mois.

Les cliniques des spécialistes itinérants de la clinique satellite se tiennent de une à douze fois par année, selon la demande et la disponibilité des spécialistes. En date du 31 mars 2008, les périodes d'attente pour des services spécialisés non urgents étaient estimées comme suit :

- **neurologie** – de 1 à 4 mois;
- **gastroentérologie** – de 1 à 6 mois;
- **médecine interne** – de 1 à 2 mois.

Les services de chirurgie dentaire ne sont pas fournis dans le cadre du programme de spécialistes itinérants administré par l'Hôpital général de Whitehorse. Il n'y a pas de liste d'attente pour les services itinérants non énumérés ci-dessus. Les patients sont vus à la prochaine visite prévue.

Le ministère de la Santé et des Affaires sociales a pris des mesures de réduction des périodes d'attente pour les services médicaux assurés. Différentes initiatives de recrutement et de maintien en poste ont été amorcées en 2001-2002 et en 2002-2003, notamment le Programme de soutien aux médecins résidents, le Programme de soutien aux médecins suppléants, le Fonds pour le déménagement des médecins, le Programme de soutien à l'éducation et le Fonds pour la formation en région rurale. Le ministère de la Santé et des Affaires sociales continue de collaborer avec l'Association médicale du Yukon pour créer des initiatives de coopération supplémentaires, initiatives qui seront mises en œuvre dans le cadre du protocole d'entente en vigueur pour la durée de la présente période de rapport.

En 2006, le ministère de la Santé et des Affaires sociales a entamé l'élaboration d'une stratégie en matière de ressources humaines en santé, qui comprend des initiatives pour :

- Attirer des gens vers les professions de la santé grâce à la diffusion de renseignements à jour dans le cadre de salons des carrières.
- Offrir un soutien aux étudiants dans la poursuite d'études en soins de santé au moyen de bourses en médecine, en soins infirmiers et dans d'autres professions de la santé.

- Encourager les diplômés à pratiquer au Yukon à l'aide de programmes d'incitation pour les médecins et de programmes de mentorat pour les autres professionnels de la santé, y compris le personnel infirmier, les travailleurs sociaux et les thérapeutes en réadaptation. Les programmes incitatifs pour nouveaux diplômés en médecine sont offerts sur une période de plusieurs années pour favoriser le maintien en poste.
- Soutenir le développement des effectifs en soins de santé du Yukon grâce au financement de l'éducation afin de répondre aux besoins par rapport à ces services.
- Encourager la collaboration au sein du système de soins de santé. Au Yukon, la collaboration est actuellement encouragée par l'entremise d'un programme de gestion des maladies chroniques. D'autres initiatives seront planifiées en collaboration avec les professionnels de la santé.
- Améliorer la capacité de planification des ressources humaines en santé, y compris en matière de politiques fondamentales, de données et de communications.

Les médecins ont dit vouloir examiner d'autres modèles de prestation de soins de santé. Le gouvernement collabore avec les médecins du Yukon pour faciliter ce processus.

5.4 Rémunération des médecins

Le ministère de la Santé et des Affaires sociales obtient son mandat de négocier du gouvernement du Yukon avant de négocier avec l'Association médicale du Yukon (AMY). L'AMY et le gouvernement nomment chacun des membres de l'équipe de négociation. Ces derniers se réunissent jusqu'à ce qu'ils en arrivent à un accord. L'équipe de négociation de l'AMY demande alors aux membres de l'association d'approuver le projet d'entente. Pour sa part, le ministère de la Santé et des Affaires sociales demande au gouvernement du Yukon de ratifier l'entente. L'entente finale est signée avec l'assentiment des deux parties.

Le protocole d'entente en vigueur pour la présente période de rapport a pris effet le 1er avril 2004 et se terminera le 31 mars 2008. Le protocole a fixé les modalités de rémunération des médecins et établi deux nouveaux programmes : le programme pour les nouveaux patients et le programme de maintien en poste des médecins.

La *Loi sur l'assurance-santé* et le *Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon* régissent le paiement des services médicaux et de chirurgie dentaire assurés. Aucune modification n'a été apportée en 2007-2008 aux articles de ces textes législatifs qui portent sur cette question.

La majeure partie des services médicaux et de chirurgie dentaire assurés fournis aux résidents sont remboursés selon le mode de la rémunération à l'acte. En 2007-2008, un médecin résident à temps plein en milieu rural et quatre spécialistes résidents étaient rémunérés sur une base contractuelle. Un certain nombre de médecins qui fournissaient des services cliniques itinérants dans les régions périphériques étaient payés à la vacation.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Le gouvernement du Yukon finance la Régie des hôpitaux du Yukon (l'Hôpital général de Whitehorse) dans le cadre d'accords de contribution globaux conclus avec le ministère de la Santé et des Affaires sociales. Les niveaux de financement globaux des frais de fonctionnement et d'entretien et des immobilisations font l'objet de négociations, et sont établis en fonction des exigences opérationnelles et des projections de l'utilisation fondées sur les années antérieures. En plus des crédits établis de fonctionnement et d'entretien et d'immobilisations prévus dans l'accord, les hôpitaux peuvent présenter des demandes de financement supplémentaire pour mettre en œuvre des programmes nouveaux ou améliorés.

Seul l'Hôpital général de Whitehorse reçoit directement des fonds dans le cadre d'un accord

de contribution. L'hôpital pavillonnaire de Watson Lake et tous les centres de santé sont financés dans le cadre du processus budgétaire du gouvernement du Yukon.

La *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et le *Règlement sur l'assurance-hospitalisation du Yukon* régissent les paiements versés par le régime d'assurance-santé aux établissements qui offrent des services hospitaliers assurés. Ces textes établissent le cadre qui régit le versement de paiements à l'égard des services assurés fournis par ces hôpitaux aux assurés. Aucune modification n'a été apportée en 2007-2008 aux articles de ces textes législatifs qui portent sur cette question.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le gouvernement du Yukon a fait état des contributions fédérales versées dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux dans ses publications annuelles des Comptes publics et du Budget principal des dépenses de 2007-2008, accessibles au public. Les alinéas 3(1)d) et e) de la *Loi sur l'assurance-santé* et l'article 3 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* reconnaissent la contribution du gouvernement du Canada.

7.0 Services complémentaires de santé

7.1 Soins intermédiaires en foyer de soins infirmiers et soins en établissement pour adultes

Des services de soins de santé continus sont offerts aux résidents admissibles du Yukon. En 2007-2008, trois établissements fournissaient un ou plusieurs des services suivants :

- soins personnels;
- soins complémentaires;
- soins intermédiaires;
- soins spéciaux;
- soins complexes;
- soins de relève;
- programme de jour;
- popote roulante.

Au total, on comptait 138 lits de soins continus au Yukon en 2007-2008.

7.2 Services de soins à domicile

Le programme de soins à domicile du Yukon offre des services d'évaluation et de traitement, de gestion des soins, de soutien personnel, d'entretien ménager, d'aide sociale, de relève et de soins palliatifs. À Whitehorse, les services sont fournis par des travailleurs de maintien à domicile, des infirmières, des travailleurs sociaux et des thérapeutes. Certaines collectivités rurales comptent sur une infirmière affectée en propre aux soins à domicile, mais, dans la majorité des collectivités rurales, les soins infirmiers sont fournis dans le cadre du programme de soins infirmiers communautaires. Des travailleurs de maintien à domicile offrent des soins personnels, des services d'entretien ménager et des services de relève. Les services de thérapie sont fournis par une équipe régionale itinérante composée de physiothérapeutes et d'ergothérapeutes. Les services sont disponibles du lundi au vendredi. À Whitehorse, d'autres services, comme un soutien planifié pendant la fin de semaine ou en soirée, sont possibles. Des soins ne peuvent être fournis 24 heures sur 24.

Il n'y a pas d'exigences établies par la loi en ce qui concerne les services de soins à domicile au Yukon. Aucun autre changement important n'a été apporté à l'administration de ces services en 2007-2008.

7.3 Services de soins de santé ambulatoires

Le programme de soins à domicile du Yukon fournit la majorité des services de soins de santé ambulatoires à l'extérieur des établissements. La plupart des autres services sont fournis par des services infirmiers communautaires ou des services de santé publique. Les résidents ont tous le même accès aux services.

Les services de soins ambulatoires ne sont pas prévus dans la législation. En plus des services énumérés plus haut, les résidents du Yukon ont accès aux programmes et aux services suivants, qui ne sont pas visés par les exigences de la *Loi canadienne sur la santé* :

- **Programme de prestations aux personnes atteintes d'une incapacité ou d'une affection chronique** – verse des prestations aux résidents du Yukon admissibles atteints d'une maladie chronique particulière ou d'un grave handicap fonctionnel. Couvre des médicaments d'ordonnance et les fournitures et pièces d'équipement médicochirurgicales nécessaires (*Règlement sur les prestations aux personnes atteintes d'une incapacité ou d'une affection chronique*)
- **Programme d'assurance-médicaments et Programme de prestations complémentaires** – aident les aînés inscrits à assumer le coût des médicaments d'ordonnance, des soins dentaires, des soins de la vue, des services de santé auditive et des fournitures et pièces d'équipement médicochirurgicales (*Règlement sur le régime d'assurance-médicaments et Règlement sur les prestations complémentaires du régime d'assurance-santé*)
- **Programme d'assurance-déplacements** – couvre, pour les résidents admissibles du Yukon, le coût du transport urgent ou non urgent médicalement nécessaire par voie aérienne ou terrestre pour recevoir des services qui ne sont pas offerts à l'échelle locale (*Loi sur les frais de déplacement liés à des soins médicaux* et *Règlement* du même nom)
- **Programme d'assurance-médicaments et de soins de la vue pour les enfants** – aide les familles à faible revenu à assumer le coût des médicaments d'ordonnance, des examens de la vue et des lunettes d'ordonnance pour les personnes de 18 ans et moins (*Règlement sur les prestations pour les soins de la vue et les médicaments prescrits aux enfants*)
- **Services de santé mentale** – offrent des services d'évaluation, de diagnostic, de traitement individuel et en groupe, de consultation et d'aiguillage aux personnes aux prises avec une variété de problèmes de santé mentale (*Loi sur la santé mentale* et règlement du même nom)
- **Santé publique** – fait la promotion de la santé et du bien-être partout sur le territoire au moyen de divers programmes de prévention et d'éducation. Ce programme n'est pas imposé par la loi.
- **Programme de services ambulanciers** – assure la stabilisation des urgences et le transport des personnes malades ou blessées du lieu de l'accident à l'établissement de santé le plus près en mesure de dispenser les soins du niveau requis. Ce programme n'est pas imposé par la loi.
- **Services de santé auditive** – offrent aux personnes de tous âges souffrant d'une variété de troubles de l'ouïe des services d'évaluation systématique et de diagnostic. Mènent des activités de sensibilisation du public. Ce programme n'est pas imposé par la loi.
- **Programme de soins dentaires** – fournit des soins dentaires complets (diagnostic, prévention et restauration) aux enfants du niveau préscolaire à la 8e année, à Whitehorse et à Dawson City. Les soins s'étendent jusqu'à la 12e année (fin du secondaire) dans toutes les autres collectivités du Yukon. Ce programme n'est pas imposé par la loi.

Personnes inscrites					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#)	30 917	31 505	32 226	33 103	33 423

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**	**2007-2008**
2. Nombre (#) :					
a. soins actifs	2	2	2	2	2
b. soins chroniques	0	0	0	0	0
c. soins de réadaptation	0	0	0	0	0
d. autres [1]	13	13	13	13	13
e. total	15	15	15	15	15
3. Paiement des services de santé assurés ($) : [2]					
a. soins actifs	24 877 479	26 255 596	26 867 501	36 330 706	33 825 619
b. soins chroniques	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
c. soins de réadaptation	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
d. autres	6 318 565.00	6 509 897.00	6 862 368.00	7 718 344	10 748 019 [2]
e. total	31 196 044	32 765 493	33 729 869	44 049 050	44 573 638
Établissements privés à but lucratif	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**	**2007-2008**
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#) :					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0
5. Paiement des services de santé assurés donnés par des établissements privés à but lucratif ($) :					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0

Services hospitaliers assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
6. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	783	674	714	738	976
7. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	7 587 906	5 857 725	8 698 387	8 808 130	10 742 393
8. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	6 938	7 412	8 450	8 735	9 027
9. Paiements totaux, consultations externes ($)	936 376	1 306 531	1 735 520	2 168 964	2 155 225
Services hospitaliers assurés offerts à l'extérieur du Canada					
10. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	8	14	15	11	15
11. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	13 536	30 566	43 454	20 257	32 075
12. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	46	64	55	42	74
13. Paiements totaux, consultations externes ($)	5 994	9 965	8 372	7 101	11 782

1. Comprend 13 centres de santé (Beaver Creek, Destruction Bay, Carcross, Carmacks, Dawson, Faro, Haines Junction, Mayo, Old Crow, Pelly Crossing, Ross River, Teslin et Whitehorse).
2. Les dépenses de 2007-2008 du Whitehorse Health Centre on été ajoutées.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
14. Nombre de médecins participants (#) :					
a. omnipraticiens	55	54	55	57	58
b. spécialistes	8	8	9	9	9
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	63	62	64	66	67
15. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
16. Nombre de médecins qui ne participent pas (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
17. Services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement :					
a. nombre de services (#)	235 642	238 797	248 646	254 170	280 718
b. paiements totaux ($)	11 769 018	12 892 522	13 752 251	13 788 028	16 342 282
18. Services médicaux rémunérés à l'acte :					
a. nombre de services (#)	200 462	219 031	225 815	245 069	255 143
b. paiements totaux ($)	8 321 114	9 201 579	9 847 991	11 076 701	12 003 059
Spécialistes itinérants, médecins suppléants et remboursements aux membres [3]					
a. nombre de services (#)	27 274	13 035	17 127	32 272	17 936
b. paiements totaux ($)	1 840 478	1 495 701	1 886 289	2 232 060	2 124 340

Services médicaux assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
19. Nombre de services (#)	34 037	35 401	35 781	39 669	38 512
20. Paiements totaux ($)	1 833 654	1 921 260	1 873 508	2 139 805	1 977 052
Services médicaux assurés offerts à l'extérieur du Canada					
21. Nombre de services (#)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
22. Paiements totaux ($)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Services chirurgicaux et dentaires assurés offerts dans la province ou le territoire [4]					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
23. Nombre de dentistes participants (#)	6	6	6	2	2
24. Nombre de services fournis (#)	104	30	24	2	2
25. Paiements totaux ($)	25 093	29 712	25 072	941	587

3. Comprend les spécialistes itinérants, les remboursements aux membres, les médecins suppléants et les tests effectués par les optométristes rémunérés à l'acte. Exclut les services et les coûts assurés par d'autres ententes de paiement.
4. Comprend la facturation directe des services de chirurgie dentaire assurés obtenus à l'extérieur du territoire.

Territoires du Nord Ouest

Introduction

Le ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest (ci-après appelé le Ministère) planifie, gère et fournit un large éventail de services de soins de santé et de services sociaux en milieu communautaire et en établissement, de concert avec sept administrations régionales des services de santé et des services sociaux et l'Agence de services communautaires Tlicho. Les programmes de santé communautaire comprennent des cliniques sans rendez-vous, des cliniques de santé publique, des soins à domicile, des programmes de santé en milieu scolaire et des programmes d'éducation. Les médecins et certains spécialistes se rendent régulièrement dans les communautés privées de médecins résidents. Les services englobent également l'intervention précoce, le soutien aux familles et aux enfants, les services de santé mentale et le traitement des toxicomanies.

En date du 1er avril 2008, les Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) comptaient plus de 42 000 habitants, dont la moitié étaient des Autochtones. Les T.N.-O. ont encore une population relativement jeune et un taux de natalité élevé. Selon les prévisions démographiques de 2007, environ 24 p. 100 de la population des T.N.-O. est âgée de moins de 15 ans, comparativement à 17 p. 100 pour l'ensemble de la population canadienne[1].

Pendant la période visée, le Ministère a entrepris plusieurs initiatives de taille, dont :

- la mise en œuvre de la nouvelle *Loi sur la pharmacie*, adoptée en novembre 2006. Cette *Loi* comporte un certain nombre de différences par rapport à l'ancienne *Loi sur la pharmacie*, de manière à garantir au public des services et des soins pharmaceutiques de qualité. La nouvelle *Loi* reconnaît les professionnels de la santé et les tableaux de médicaments de l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie, autorise les pharmaciens à accepter les ordonnances télécopiées et prévoit des mesures disciplinaires, comme un mode alternatif de règlement des différends;
- l'adoption de la nouvelle *Loi sur la santé publique* en août 2007. Cette *Loi* tient compte des dispositions de la *Charte des droits et libertés* et actualise les dispositions concernant la protection des renseignements personnels et la gestion de l'information, la prise en charge des pandémies et les pouvoirs indépendants du médecin hygiéniste en chef.

Le Ministère a un site Web public français et anglais (www.hlthss.gov.nt.ca) qui contient une mine de renseignements, dont des copies électroniques des rapports publiés par le Ministère.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le régime d'assurance-santé des T.N.-O. est composé du régime d'assurance-maladie et du régime d'assurance-hospitalisation. Le directeur de l'assurance-maladie, nommé en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*, est l'autorité publique chargée d'administrer le régime d'assurance-maladie. Le ministre gère le régime d'assurance-hospitalisation par l'entremise de conseils

1. Statistique Canada et le Bureau de la statistique des T.N.-O.

d'administration établis en vertu de l'article 10 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux.*

Le régime d'assurance-santé des T.N.-O. s'appuie sur les dispositions de la *Loi sur l'assurance-maladie* et de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux.*

1.2 Liens hiérarchiques

Le Ministère planifie, gère et fournit un large éventail de services de soins de santé et de services sociaux en milieu communautaire et en établissement, de concert avec sept administrations régionales des services de santé et des services sociaux et l'Agence de services communautaires Tlicho.

Dans les T.N.-O., le ministre de la Santé et des Services sociaux nomme un directeur de l'assurance-maladie, chargé d'appliquer la *Loi sur l'assurance-maladie* et son règlement d'application et de présenter un rapport au ministre sur le fonctionnement du régime d'assurance-maladie.

Le ministre désigne également les membres du conseil d'administration de chaque administration régionale des services de santé et des services sociaux des T.N.-O. Les conseils donnent aux résidents des T.N.-O. la possibilité de définir les priorités et la prestation des services pour leur communauté. Les conseils gèrent, supervisent et exploitent les établissements de santé et de services sociaux. Les présidents des conseils sont nommés pour une durée illimitée, et les autres membres, pour un mandat de trois ans. En ce qui concerne l'Agence de services communautaires Tlicho, chacun des gouvernements communautaires des Tlicho doit nommer un membre au conseil, pour un maximum de quatre ans. Le ministre responsable du ministère des Affaires autochtones et des Relations intergouvernementales nommera un président et fixera la durée du mandat après avoir consulté les membres désignés par les gouvernements communautaires.

Les comptes de chaque conseil d'administration sont vérifiés annuellement. Le ministre rencontre régulièrement les présidents des conseils, qui ont ainsi l'occasion de faire des rapports autres que financiers.

1.3 Vérification des comptes

Le régime d'assurance-hospitalisation et le régime d'assurance-maladie sont administrés par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le Bureau du vérificateur général du Canada vérifie les paiements effectués au titre de chaque régime, dans le cadre de la vérification annuelle du gouvernement des T.N.-O.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les services hospitaliers assurés sont fournis en vertu de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration* des services de santé et des services sociaux et de son *Règlement.*

En 2007-2008, quatre hôpitaux et 28 centres de santé dispensaient des services hospitaliers assurés à des malades hospitalisés et des malades externes.

Les T.N.-O. couvrent un éventail complet de services hospitaliers assurés. Ils offrent aux malades hospitalisés les services assurés suivants : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les actes de laboratoire et de radiologie et d'autres actes de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes prescrits par un médecin et administrés à l'hôpital; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; l'usage des services de radiothérapie et de physiothérapie, là où il y en a; les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme approuvé; les services fournis par des personnes rémunérées par l'hôpital; les services fournis dans un centre de désintoxication agréé.

Les T.N.-O. fournissent aussi plusieurs services aux malades externes : les épreuves de laboratoire et les radiographies, et leur interprétation, demandées par un médecin et effectuées dans un établissement de consultation externe ou dans un hôpital agréé; les services hospitaliers en rapport avec la plupart des interventions médicales et chirurgicales mineures; les services de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie fournis dans un hôpital agréé; les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme hospitalier approuvé.

Le *Règlement sur l'assurance-hospitalisation* contient une liste détaillée des services assurés offerts aux malades hospitalisés et aux malades externes. L'article 1 du *Règlement* définit les « services assurés aux malades externes » comme les fournitures et les services suivants offerts aux malades externes : les services de laboratoire et de radiologie et d'autres services de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires pour faciliter le diagnostic et le traitement de toute blessure, maladie ou incapacité, à l'exclusion d'actes simples comme les examens hématologiques et les analyses d'urine, qui font habituellement partie des examens de routine en cabinet de médecin; les services infirmiers nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes énoncés à l'annexe B, lorsqu'ils sont administrés dans un hôpital; l'usage des salles d'opération et des installations d'anesthésie, y compris l'équipement et les fournitures nécessaires; les fournitures chirurgicales courantes; les services fournis par des personnes rémunérées par un hôpital pour la prestation de ces services; les services de radiothérapie fournis dans des établissements assurés; les services de physiothérapie fournis dans des établissements assurés.

Le ministre peut ajouter, modifier ou supprimer des services hospitaliers assurés. Il est également du ressort du ministre de décider s'il y a lieu de recourir à une consultation publique avant de modifier la liste des services assurés.

Pour ce qui est des services médicalement nécessaires qui ne sont pas disponibles dans les T.N.-O., les résidents se rendent dans des hôpitaux ou des cliniques d'autres administrations provinciales ou territoriales pour les obtenir. Les T.N.-O. offrent une aide pour le déplacement à des fins médicales (tel que prévu dans la politique de déplacement à des fins médicales), qui assure aux résidents des T.N.-O. le libre accès aux services médicalement nécessaires. Le Ministère administre également plusieurs programmes de services de santé supplémentaires.

2.2 Services médicaux assurés

La *Loi sur l'assurance-maladie* et le *Règlement sur l'assurance-maladie* des T.N.-O. prévoient la prestation de services médicaux assurés.

Les médecins, les infirmières et les infirmiers, les infirmières et les infirmiers praticiens et les sages-femmes sont autorisés à fournir des services assurés dans le cadre du régime d'assurance-maladie. Tous sont légalement tenus d'être autorisés à exercer dans les T.N.-O., par la *Loi sur les médecins* (les médecins), la *Loi sur la profession infirmière* (les infirmières et les infirmiers, et les infirmières et infirmiers praticiens) et la *Loi sur la profession de sage-femme* (les sages-femmes). En date du 31 mars 2008, il y avait environ 300 médecins autorisés, dont la plupart faisaient de la suppléance.

Un médecin peut se retirer du régime et se faire payer autrement que par le régime d'assurance-maladie à condition d'en aviser par écrit le directeur de l'assurance-maladie. En mars 2008, aucun médecin n'avait choisi d'exercer en dehors du régime d'assurance-maladie.

Les T.N.-O. offrent une vaste gamme de services médicalement nécessaires. On y fournit, sans restriction, tout service considéré comme assuré. Tous les actes médicalement nécessaires accomplis par des médecins sont couverts par le régime d'assurance-maladie, c'est-à-dire : les services diagnostiques et thérapeutiques approuvés; les services chirurgicaux médicalement nécessaires; les soins obstétriques complets; les examens de la vue effectués par un ophtalmologiste. Les visites chez un spécialiste sont également assurées à

condition que le patient ait été aiguillé correctement par un médecin agréé.

Il incombe au directeur de l'assurance-maladie de préparer et de recommander au ministre un tarif détaillant les honoraires payables au titre des services assurés. Toutefois, il revient au ministre de décider d'ajouter des services hospitaliers assurés au *Règlement*, ou d'en supprimer, c'est-à-dire :

- établir un régime d'assurance-maladie qui offre des services assurés aux personnes assurées, par l'entremise de médecins, qui en tous points seront admissibles et permettront aux T.N.-O. de recevoir des contributions pécuniaires du gouvernement du Canada en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*;
- fixer les honoraires et les frais qui peuvent être payés pour les services assurés fournis par des médecins à l'intérieur ou à l'extérieur des T.N.-O., ainsi que les conditions de paiement des honoraires et des frais.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les services assurés et les services associés à la chirurgie bucco-dentaire et maxillo-faciale ou à une intervention consécutive à une blessure à la mâchoire ou à une maladie de la bouche ou de la mâchoire sont admissibles. Seuls les chirurgiens bucco-dentaires et maxillo-faciaux autorisés peuvent présenter des demandes de paiement. Les T.N.-O. utilisent comme guide le barème de l'Alberta pour les services de chirurgie bucco-dentaire et maxillo-faciale.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Voici les services fournis par les hôpitaux, les médecins et les dentistes qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance-santé des T.N.-O. : les services médico-légaux; les examens effectués par des tiers; les services qui ne sont pas médicalement nécessaires; les vaccinations de groupe; la fécondation in vitro; les services fournis par un médecin aux membres de sa famille; les consultations téléphoniques ou les ordonnances fournies par téléphone; la chirurgie esthétique, sauf si elle est médicalement nécessaire; les services dentaires autres que les services de chirurgie bucco-dentaire et maxillo-faciale nommément désignés; les pansements, les médicaments, les vaccins, les produits biologiques et les préparations connexes, lorsque l'acte est accompli en cabinet de médecin; les lunettes et les appareils spéciaux; les plâtres, les appareils chirurgicaux ou les bandages spéciaux; les traitements fournis au cours des services de chiropratique, de podologie, de naturopathie, d'ostéopathie ou de toute autre pratique habituellement exercée par des personnes qui ne sont pas médecins au sens de la *Loi sur l'assurance-maladie* et de son *Règlement*; les services de physiothérapie et de psychologie reçus ailleurs que dans un établissement de consultation externe assuré; les services couverts par la *Loi sur les accidents du travail* ou par toute autre loi fédérale ou territoriale; les examens de santé annuels de routine, lorsqu'il n'y a pas de diagnostic définissable.

Dans les T.N.-O., les demandes d'approbation préalable doivent être présentées au directeur des services assurés pour des biens ou des services médicaux non assurés fournis parallèlement à un service de santé assuré. Un conseiller médical fait des recommandations au directeur concernant la pertinence de la demande.

La *Loi sur l'assurance-maladie* des T.N.-O. comprend le *Règlement sur les soins médicaux* et accorde le pouvoir de négocier des modifications ou des suppressions aux tarifs. Le processus est décrit dans la section 2.2 du présent rapport.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité

La *Loi sur l'assurance-maladie* définit l'admissibilité des résidents des T.N.-O. au régime d'assurance-santé des T.N.-O.

Pour définir l'admissibilité, les T.N.-O. se reportent à l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité parallèlement aux directives d'inscription au régime d'assurance-santé des T.N.-O. Aucune modification n'a été apportée aux dispositions d'admissibilité pour la période visée dans le rapport.

Le régime d'assurance-santé des T.N.-O. exclut les membres des Forces canadiennes et ceux de la Gendarmerie royale du Canada (GRC), les détenus dans les pénitenciers fédéraux et les résidents dont la période d'attente minimum n'est pas écoulée. Dans le cas des personnes libérées des Forces canadiennes, de la GRC ou d'un pénitencier fédéral, ou des citoyens canadiens qui rentrent aux T.N.-O. après un séjour à l'extérieur du Canada, la couverture prend effet le jour où la résidence permanente est établie.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Pour s'inscrire au régime, il faut remplir un formulaire de demande et fournir les documents justificatifs pertinents (p. ex. visas et documents d'immigration). Le demandeur doit être en mesure de fournir, sur demande, une preuve de résidence. L'inscription devrait se faire avant la date d'admissibilité réelle du client. Les cartes d'assurance-maladie des T.N.-O. sont valides pour cinq ans. L'inscription est directement liée à l'admissibilité au régime. Seules les demandes de remboursement des clients inscrits sont acceptées.

En mars 2008, 46 177 personnes étaient inscrite au régime d'assurance-santé des T.N.-O.

Il n'existe aucune disposition officielle qui permettrait à des clients de se retirer du régime d'assurance-santé.

3.3 Autres catégories de personnes

Les titulaires d'un visa d'emploi, d'un visa d'étudiant et, dans certains cas, d'un visa de visiteur sont couverts par le régime s'ils satisfont aux dispositions de l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité et aux directives concernant la couverture par le régime d'assurance-santé.

4.0 Transférabilité

4.1 Période d'attente minimale

Les assurés qui déménagent dans les T.N.-O. sont assujettis à des périodes d'attente, conformément à l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité. En général, les personnes qui s'installent en permanence dans les T.N.-O. ne sont pas assurées avant le premier jour du troisième mois de résidence; celles qui viennent y travailler pour moins de 12 mois, mais qui peuvent confirmer que la période d'emploi a été prolongée au-delà de 12 mois, sont assurées le premier jour du treizième mois.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

L'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité et les directives d'inscription au régime d'assurance-santé des T.N.-O. définissent les règles de transférabilité de l'assurance-santé pendant des absences temporaires à l'intérieur du Canada.

Les étudiants qui s'absentent temporairement des T.N.-O. sont couverts pendant qu'ils fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement post-secondaire. Les personnes qui, pour diverses raisons (travail, vacances, etc.), s'absentent temporairement des T.N.-O. demeurent assurées pendant un maximum d'un an. Lorsqu'une personne a rempli un formulaire d'absence temporaire des T.N.-O. et que le Ministère a approuvé sa demande, les frais des services assurés reçus dans une autre administration sont entièrement payés.

Sur présentation d'une carte d'assurance-maladie des T.N.-O. valide, la plupart des visites chez le médecin et des soins hospitaliers pour des services médicalement nécessaires sont facturés directement au ministère de la Santé et des Services sociaux des T.N.-O. Des directives générales sur le remboursement ont été établies pour les patients tenus de payer immédiatement des services médicalement

nécessaires. En 2007-2008, plus de 15 millions de dollars ont été payés pour des services hospitaliers reçus par des malades hospitalisés et des malades externes dans d'autres administrations provinciales ou territoriales.

Les T.N.-O. participent à l'Entente de facturation réciproque des services hospitaliers et à l'Entente de facturation réciproque des services médicaux conclues avec les autres administrations.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'extérieur du Canada

Les directives d'inscription au régime d'assurance-santé des T.N.-O. établissent les critères qui définissent la couverture pendant des séjours à l'extérieur du Canada.

Aux termes du sous-alinéa 11(1)b)(ii) de la *Loi canadienne sur la santé*, les T.N.-O. accordent un remboursement personnel lorsqu'un résident des T.N.-O. quitte temporairement le Canada pour des raisons personnelles, comme des vacances, et qu'il requiert des soins médicaux au cours de cette période. Ces personnes doivent payer elles-mêmes les frais et en demander le remboursement à leur retour aux T.N.-O. Les montants payables sont indiqués dans le tarif approuvé. Si les services sont reçus à l'extérieur du Canada, les montants payables ne doivent pas dépasser les montants prévus pour les services assurés reçus dans les T.N.-O.

Une personne qui séjourne à l'étranger peut être couverte pour une période maximale d'un an, sous réserve d'une approbation préalable. Selon les règles d'admissibilité, les résidents des T.N.-O. peuvent conserver leur couverture pour une période maximale d'un an s'ils quittent le Canada, mais ils doivent fournir des renseignements détaillés attestant qu'ils continueront de résider en permanence dans les T.N.-O.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Les T.N.-O. exigent une approbation préalable pour la couverture éventuelle de services non urgents reçus dans un autre territoire, une province ou à l'extérieur du pays. Il est également nécessaire d'obtenir une approbation préalable à l'égard de services assurés qui seront fournis par un établissement privé.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Le programme d'aide financière pour les déplacements à des fins médicales vise à réduire les obstacles d'ordre économique pour tous les résidents des T.N.-O. L'article 14 de la *Loi sur l'assurance-maladie* interdit la surfacturation, à moins que le médecin n'ait choisi de se faire payer pour les services médicaux fournis à des assurés autrement que dans le cadre du régime d'assurance-maladie.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Les établissements des T.N.-O. offrent une gamme de services médicaux, de chirurgie, de réadaptation et de diagnostic. Le programme de déplacements à des fins médicales des T.N.-O. permet aux résidents d'avoir accès aux services nécessaires non disponibles dans les établissements des T.N.-O. Grâce à des arrangements de déplacements à des fins médicales, l'accès aux services a été maintenu durant toute l'année.

En 2007-2008, les services de télésanté ont été élargis de manière à inclure un total de 20 unités à l'échelle des T.N.-O.

En ce qui a trait au recrutement et au maintien en poste des professionnels, les T.N.-O. sont aux prises avec bon nombre des problèmes qui se posent dans les provinces et les autres territoires. En outre, ils doivent composer avec des besoins particuliers en

raison de leur éloignement et de leurs réalités socio-économiques.

Dans le but de maximiser l'efficacité des efforts de recrutement axés sur tous les professionnels paramédicaux, le gouvernement des T.N.-O. a créé une unité de recrutement en santé en juillet 2006, laquelle a apporté les avantages suivants :

- la capacité de faire appel aux bassins de candidats pour répondre à de nombreux besoins en candidats du même type à l'échelle des T.N.-O.;
- la capacité de voir les tendances et de réagir à l'évolution des besoins en ce qui concerne le personnel de la santé dans les T.N.-O.;
- la réalisation d'économies d'échelle et, en conséquence, une réduction des coûts.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Tous les résidents des T.N.-O. ont accès à tous les établissements exploités par le gouvernement des T.N.-O.

Grâce au programme d'aide financière pour les déplacements à des fins médicales, le gouvernement des T.N.-O. permet aux résidents d'avoir accès à des médecins, tandis que le programme de télésanté élargit les services spécialisés offerts aux résidents des collectivités isolées.

5.4 Rémunération des médecins

La rémunération des médecins est établie au moyen de négociations entre la NWT Medical Association et le Ministère. La majorité des médecins de famille sont employés dans le cadre d'un accord contractuel avec le gouvernement des T.N.-O. Les autres sont rémunérés à l'acte. Dans les T.N.-O., la *Loi sur l'assurance-maladie* et son *Règlement* régissent les paiements à verser aux médecins pour les services assurés fournis sous le régime de la rémunération à l'acte.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Les paiements aux hôpitaux sont effectués conformément aux accords de contribution conclus entre les conseils d'administration et le Ministère. Les sommes allouées dans les accords sont établies d'après les ressources disponibles dans le budget global du gouvernement et le niveau de service fourni par l'hôpital.

Les paiements versés aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés sont régis par la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* et par la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Aucune modification n'a été apportée aux dispositions visant les paiements aux établissements au cours de l'exercice 2007-2008. Les hôpitaux des T.N.-O. sont financés au moyen d'un budget global.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest a fait état des fonds versés par le gouvernement fédéral dans le cadre du Transfert en matière de santé du Canada dans des communiqués et divers autres documents.

Pour l'exercice 2007-2008, ces documents sont les suivants :

- le discours du budget de 2007-2008;
- le budget principal des dépenses de 2007-2008;
- les comptes publics de 2006-2007;
- le plan d'activités 2005-2008 pour le ministère des Finances.

Le budget principal des dépenses susmentionné constitue le plan financier du gouvernement. Le gouvernement le présente chaque année à l'Assemblée législative.

7.0 Services complémentaires de santé

Les programmes et les services de soins continus offerts dans les collectivités des T.N.-O. peuvent comprendre l'aide à la vie autonome, les foyers de groupe pour adultes, les établissements de soins de longue durée et les établissements de soins complémentaires. Le cas échéant, ces programmes et services se conforment à la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* et au *Règlement sur les normes dans les hôpitaux.*

Les services d'aide à la vie autonome permettent de vivre dans un environnement familier avec un soutien accru et un degré de supervision qu'on ne retrouve pas dans le contexte des services de soins à domicile. Actuellement, les Territoires offrent dans ce domaine des services d'aide à l'autonomie dans des maisons familiales, des appartements et des foyers de groupe, où les clients vivent dans la plus grande autonomie possible. Les foyers collectifs, les établissements de soins de longue durée et les établissements de soins complémentaires fournissent en tout temps un soutien médical, physique et/ou mental plus complexe.

Le Programme de soins à domicile des T.N.-O. vise à offrir des services de soins communautaires propices à l'autonomie, à définir des options de soins appropriées pour favoriser le maintien dans la communauté et à faciliter le placement en établissement lorsque la vie dans la communauté n'est plus une option viable. Les soins à domicile sont fondés sur les besoins et offerts gratuitement aux résidents des T.N.-O. Les services de soins à domicile englobent : les soins de courte durée; les soins post-hospitaliers; les soins de longue durée; les services alimentaires; les soins palliatifs; les soins personnels; la gestion et le suivi de la pharmacothérapie; les soins des pieds; le soutien social; les soins ambulatoires; la physiothérapie et l'ergothérapie; l'assistance pour le transport; le prêt d'appareils; les soins de relève.

Les services de soins à domicile sont offerts par les administrations régionales des services de santé et des services sociaux et l'Agence de services communautaires Tlicho et sont fondés sur une évaluation multidisciplinaire des besoins de la personne. Le Programme des soins à domicile offre des services aux sept régions suivantes : Yellowknife, Hay River, Fort Smith, Beaufort-Delta, Sahtu, Deh Cho et Tlicho. Dans les T.N.-O., aucune loi ne porte précisément sur les soins à domicile. Les soins à domicile sont financés par le ministère de la Santé et des Services sociaux en tant que service essentiel. Les services ont été améliorés grâce à une aide financière de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

Personnes inscrites					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#)	43 202 [2]	44 504 [2]	44 082 [2]	45 551 [2]	46 177 [2]

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
2. Nombre (#) :					
a. soins actifs	4	4	4	4	4
b. soins chroniques	s.o. [3]	s.o. [3]	s.o. [3]	s.o. [3]	s.o. [3]
c. soins de réadaptation	s.o. [3]	s.o. [3]	s.o. [3]	s.o. [3]	s.o. [3]
d. autres	28 [4]	28 [4]	28 [4]	28 [4]	28 [4]
e. total	32	32	32	32	32
3. Paiement des services de santé assurés ($) :					
a. soins actifs	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
b. soins chroniques	s.o. [3]	s.o. [3]	s.o. [3]	s.o. [3]	s.o. [3]
c. soins de réadaptation	s.o. [3]	s.o. [3]	s.o. [3]	s.o. [3]	s.o. [3]
d. autres	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
e. total	51 285 446	56 143 626	56 388 405	64 875 012	69 114 573
Établissements privés à but lucratif	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**	**2007-2008**
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#) :					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0
5. Paiement des services de santé assurés donnés par des établissements privés à but lucratif ($) :					
a. installations chirurgicales	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
b. établissements d'imagerie diagnostique	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
c. total	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.

Services hospitaliers assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
6. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	1 338	1 248	1 198	1 051	1 256
7. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	8 737 798	9 020 790	11 482 462	11 429 716	12 484 198
8. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	9 591	10 251	10 662	11 922	11 743
9. Paiements totaux, consultations externes ($)	2 110 818	2 572 333	2 633 322	2 688 223	2 626 107
Services hospitaliers assurés offerts à l'extérieur du Canada					
10. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	1	2	9	8	13
11. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	216	165	14 868	16 970	27 516
12. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	21	19	54	43	28
13. Paiements totaux, consultations externes ($)	20 735	4 972	7 280	9 635	4 773

Toutes les données sont sujettes à des révisions ultérieures. Les renseignements pour 2007-2008 sont à jour en septembre 2008.

2. Le chiffre pour 2003-2004 est celui du 25 août 2004, le chiffre pour 2004-2005 du 1er septembre 2005, le chiffre pour 2005-2006 du 6 septembre 2006, le chiffre pour 2006-2007 du 6 septembre 2007, et le chiffre pour 2007-2008 du 5 septembre 2008.

3. Les Territoires du Nord-Ouest n'ont pas d'établissements qui fournissent ces services comme type de soins principal. Les quatre établissements hospitaliers de soins de courte durée fournissent des soins de longue durée, des soins prolongés, de la chirurgie d'un jour, des services aux malades externes, des services diagnostiques et des soins de réadaptation.

4. Comprend les centres de santé et les unités de santé publique.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
14. Nombre de médecins participants (#) :					
a. omnipraticiens	44 [5]	56 [5]	56 [5]	57 [5]	57 [5]
b. spécialistes	15 [5]	21 [5]	21 [5]	21 [5]	21 [5]
c. autres	169 [6]	139 [6]	155 [6]	175 [6]	222 [6]
d. total	228 [7]	216 [7]	232 [7]	253 [7]	300 [7]
15. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
16. Nombre de médecins qui ne participent pas (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
17. Services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement :					
a. nombre de services (#)	200 865	213 424	196 131	183 697	180 281
b. paiements totaux ($)	28 991 000	29 447 633	30 081 020	31 589 882	33 534 000
18. Services médicaux rémunérés à l'acte :					
a. nombre de services (#)	26 326	28 509	28 845	28 413	28 247
b. paiements totaux ($)	1 513 440	1 570 686	1 576 444	1 696 962	1 789 554

Services médicaux assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
19. Nombre de services (#)	41 607	43 244	51 201	62 898	53 734
20. Paiements totaux ($)	2 968 136	3 137 444	3 985 029	3 592 314	4 137 351
Services médicaux assurés offerts à l'extérieur du Canada					
21. Nombre de services (#)	77	88	85	94	78
22. Paiements totaux ($)	8 515	19 417	3 611	4 142	5 356

Services chirurgicaux et dentaires assurés offerts dans la province ou le territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
23. Nombre de dentistes participants (#)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
24. Nombre de services fournis (#)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
25. Paiements totaux ($)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Toutes les données sont sujettes à des révisions ultérieures. Les renseignements pour 2007-2008 sont à jour en septembre 2008.

5. Les chiffres de 2003-2004 sont des estimations du ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. Les chiffres de 2004-2005 à 2007-2008 sont basés sur les postes provisionnés.
6. Estimation du nombre de médecins suppléants.
7. Estimation fondée sur le nombre total de médecins actifs pour chaque année financière.

Nunavut

Introduction

À sa création le 1er avril 1999, le Nunavut devenait le troisième et plus récent territoire établi au Canada. Avec ses deux millions de kilomètres carrés, sa superficie occupe le cinquième de la masse continentale canadienne. Vingt-cinq collectivités sont réparties sur ses trois fuseaux horaires. Le Nunavut comprend trois régions : Baffin (ou Qikiqtaaluk), Kivalliq et Kitikmeot, regroupant respectivement treize, sept et cinq collectivités. Aucune route ni chemin de fer ne relie les collectivités du Nunavut entre elles; le seul moyen de transport à l'intérieur, autour et à l'extérieur du territoire est le transport aérien. La population du Nunavut s'élevait à 31 152 habitants au 1er avril 2008[1].

Environ 53 % des habitants ont moins de 25 ans[2], et près de 84 % de la population du Nunavut est composée d'Inuits[3]. Il y a une petite communauté de francophones qui vit principalement dans la capitale Iqaluit. Certaines collectivités ont une population active surtout itinérante, composée entre autres d'ouvriers qualifiés et de travailleurs saisonniers venus d'ailleurs au Canada.

Les lois régissant l'administration de la santé et des services sociaux au Nunavut ont été transposées, à titre de lois du Nunavut, à partir de celles des Territoires du Nord-Ouest, en vertu de la *Loi sur le Nunavut* (1999). Le ministère de la Santé et des Services sociaux (le Ministère) continue d'examiner les lois actuelles afin d'en vérifier la pertinence quant au respect du mandat et à l'atteinte des objectifs du gouvernement du Nunavut. « *Pinasuaqtavut 2004-2009* » décrit l'engagement du gouvernement à édifier le Nunavut de l'avenir en favorisant la santé des collectivités, la simplicité, l'unité, l'autonomie et l'éducation permanente. Tous les ministères et organismes gouvernementaux du Nunavut s'efforcent aussi d'intégrer les connaissances et les valeurs traditionnelles, l'Inuit Qaujimajatuqangit, dans l'élaboration de programmes et de politiques ainsi que dans la conception et la prestation des services.

La prestation des services de santé au Nunavut repose sur un modèle de soins de santé primaires. Il y a des établissements de santé locaux dans 24 collectivités partout au Nunavut, dont de nouveaux établissements régionaux à Rankin Inlet et à Cambridge Bay (qui peuvent traiter des malades hospitalisés et des malades externes), et un hôpital à Iqaluit. L'Hôpital général Qikiqtani, anciennement l'Hôpital régional de Baffin, est un établissement de soins de courte durée de 54 000 pieds carrés, construit au coût de 64 millions de dollars, qui a officiellement ouvert ses portes au mois d'octobre 2007. Il est rattaché à l'ancien hôpital (46 000 pieds carrés) qui fait présentement l'objet d'un plan de réaménagement. Le nouvel hôpital fournit des services d'urgence 24 heures sur 24, des soins aux malades hospitalisés (y compris des soins obstétriques, pédiatriques et palliatifs), des services chirurgicaux, des services de laboratoire, de l'imagerie diagnostique, de l'inhalothérapie et des services de gestion de dossiers et de renseignements médicaux.

Au Nunavut, les fournisseurs de soins de santé primaires sont des médecins de famille, des infirmières praticiennes, des infirmières en santé communautaire et des pharmaciens. Le Nunavut recrute et embauche ses médecins de famille et, au besoin, a recours aux

1. Statistique Canada, Division de la démographie, CANSIM 1051-0005
2. Statistique Canada, Recensement de 2006
3. Ibid.

services de spécialistes à Ottawa, Toronto, Winnipeg, Yellowknife et Edmonton. Un site Web pour les médecins et des mesures incitatives, comme des contrats de travail souples, ont aidé le Ministère dans ses démarches de recrutement de médecins.

La gestion et la prestation des services de soins de santé au Nunavut ont été intégrées dans les activités générales du Ministère à la suite de la dissolution des anciens conseils régionaux (Baffin, Keewatin et Kitikmeot), le 31 mars 2000. Les membres de ces conseils sont alors devenus des employés du Ministère. Dans chacune des trois régions du territoire, le Ministère a un bureau qui gère la prestation des services de santé à l'échelon régional. Le soutien à la prestation de soins de première ligne a gardé toute son importance dans le cadre de ce regroupement.

En 2007-2008, le budget des soins de santé et des services sociaux du territoire était de 299 615 000 $, dont 50 333 000 $ on été affectés à des projets d'immobilisations[4]. Il s'agit d'une hausse de 22 091 000 $ par rapport aux niveaux de financement de 2006-2007.

En 2007-2008, le réseau de Télésanté était disponible dans les 25 collectivités du Nunavut. Le réseau de Télésanté du Nunavut fournit aux collectivités une grande diversité de services de santé, notamment : des services cliniques, comme les consultations de spécialistes; l'éducation sanitaire; la formation médicale continue; les visites à un membre de la famille; les fonctions administratives. Le réseau a trouvé une nouvelle utilisation pour un large éventail de services, tels que : planification des congés, télépsychiatrie, gériatrie, ergothérapie et suivi postopératoire des patients. En 2007-2008, un total de 3 999 heures ont été consacrées à l'utilisation du réseau de Télésanté, dont 1 812 pour des services cliniques.

Au Nunavut, les défis à relever et les besoins à combler pour assurer la santé et le mieux-être de la population sont nombreux et uniques. Malgré d'intenses activités de recrutement au Canada et à l'étranger et des activités soutenues de maintien en poste, le Nunavut est toujours aux prises avec une grave pénurie d'infirmières. En novembre 2007, le Ministère a déposé sa stratégie de recrutement et de maintien en poste d'infirmières au Nunavut à l'Assemblée législative. Cette stratégie a été élaborée pour répondre aux besoins de soins de santé à long terme du Nunavut; à cette fin, elle se concentre sur la promotion du recrutement de nouveau personnel infirmier, l'éducation et la formation supplémentaires des infirmières et leur maintien en poste au sein de la main d'œuvre, ainsi que la préparation des Inuits à une carrière en soins infirmiers. Le Ministère dresse un plan de mise en œuvre pour appuyer la stratégie. Le recrutement et le maintien en poste des autres professionnels de la santé, comme les travailleurs sociaux, les thérapeutes dentaires et les physiothérapeutes, posent toujours un problème.

Plus du quart du budget de fonctionnement total du Ministère est affecté aux coûts de déplacement à des fins médicales et aux traitements fournis dans des établissements hors du territoire. La très faible densité démographique de ce vaste territoire et l'infrastructure restreinte en matière de santé (matériel et ressources humaines) obligent souvent les résidents à quitter le Nunavut pour recevoir divers services hospitaliers et services spécialisés. Les deux établissements de santé régionaux (à Rankin Inlet et Cambridge Bay) et l'Hôpital général Qiqiktani permettent au Nunavut de renforcer ses capacités internes et d'élargir la gamme de services qu'il peut offrir sur son territoire.

Le Ministère continue d'exploiter une clinique de médecine familiale à Iqaluit. La clinique, établie en 2006 avec l'appui du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, a aidé à alléger le fardeau des services d'urgence et de consultation externe de l'Hôpital général Qiqiktani pendant les heures ouvrables. À l'heure actuelle, la clinique compte deux infirmières praticiennes (des visites de consultation sont faites par des médecins de l'hôpital), et le nombre de visites de patients s'élève à environ 500 par mois. Le Ministère poursuit ses

4. Gouvernement du Nunavut. Budget principal des dépenses de 2007-2008 et Crédits supplémentaires de 2007-2008

efforts en vue de recruter des médecins et une autre infirmière praticienne pour la clinique.

Le Ministère s'est engagé à offrir un système de santé axé non seulement sur le traitement de la maladie mais aussi sur la promotion d'une vie saine. En novembre 2007, le Ministère a présenté sa première stratégie de santé publique. *Favoriser des collectivités en santé : une stratégie de santé publique pour le Nunavut* est un plan quinquennal qui se concentre sur deux secteurs prioritaires : des enfants et des familles en santé; et la réduction des toxicomanies. La stratégie décrit des mesures à prendre pour promouvoir et protéger la santé, ainsi que prévenir les maladies et les blessures. Dans le but de renforcer la stratégie de santé publique, le Ministère a aussi publié *La nutrition au Nunavut – un cadre d'action*. Soucieux de trouver des solutions pour une saine alimentation, ce cadre adopte une approche proactive de la nutrition, dans une perspective clinique, de santé publique et de services alimentaires.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Les régimes d'assurance-santé et d'assurance-hospitalisation du Nunavut, qui couvrent les services médicaux et les services hospitaliers, sont gérés par le Ministère, à titre non lucratif.

La *Loi sur l'assurance-maladie* (T.N.-O., 1988, reproduite pour le Nunavut par l'article 29 de la *Loi sur le Nunavut*, 1999) régit l'admissibilité aux services médicaux assurés et leur paiement. La *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* (T.N.-O., 1988, reproduite pour le Nunavut par l'article 29 de la *Loi sur le Nunavut*, 1999) permet l'établissement de services hospitaliers et d'autres services de santé.

Sous le régime de la *Loi sur la dissolution des conseils d'administration* (Nunavut, 1999), les trois anciens conseils de la santé et des services sociaux de Baffin, Keewatin et Kitikmeot ont été dissous, et leurs activités ont été intégrées à celles du Ministère à compter du 1er avril 2000. Le Ministère a maintenu des activités régionales dans chaque région du Nunavut pour appuyer les travailleurs de première ligne et la prestation, dans la communauté, d'une vaste gamme de programmes et de services de santé et de services sociaux.

Aucune modification législative n'a été apportée au cours de l'exercice 2007-2008.

1.2 Liens hiérarchiques

Un directeur de l'assurance-santé, nommé en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*, veille à la gestion du régime d'assurance-santé du territoire. Il relève du ministre de la Santé et des Services sociaux et doit présenter un rapport annuel sur les activités du régime. Les contributions annuelles du Ministère au Rapport annuel sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé* servent de base au rapport annuel sur les activités du régime aux termes de la *Loi sur l'assurance-maladie*.

1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur général du Canada agit à titre de vérificateur du gouvernement du Nunavut, conformément à l'article 30.1 de la *Loi sur la gestion des finances publiques* (Nunavut, 1999). Il a le mandat de vérifier les activités du Ministère.

Le vérificateur général doit vérifier annuellement les transactions et les états financiers consolidés du gouvernement. Le *Rapport de la vérificatrice générale du Canada à l'Assemblée législative du Nunavut – 2005* a été déposé en février 2005. Le rapport ne mentionnait pas les activités du régime d'assurance-santé ni les principes de la *Loi canadienne sur la santé*. En date du 31 mars 2008, le Rapport de 2006 de la vérificatrice générale du Canada n'avait pas encore été diffusé.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Au Nunavut, les services hospitaliers assurés sont fournis en vertu des articles 2 à 4 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* et de son *Règlement*. Aucune modification n'a été apportée à la *Loi* ou au *Règlement* en 2007-2008.

En 2007-2008, des services hospitaliers assurés ont été fournis dans 28 établissements situés sur l'ensemble du territoire, soit un hôpital général à Iqaluit, deux établissements de santé régionaux (à Rankin Inlet et Cambridge Bay) et 22 centres de santé communautaire ainsi qu'une unité de santé publique et une clinique de médecine familiale séparée (toutes les deux situées à Iqaluit). Il y a également un centre de réadaption disponible au Centre Timimut Ikajuksivik d'Iqaluit. L'Hôpital général Qikiqtani à Iqaluit est actuellement le seul établissement de soins de courte durée au Nunavut qui offre une gamme de services hospitaliers aux malades hospitalisés et aux malades externes au sens de la *Loi canadienne sur la santé*. Toutefois, lorsqu'ils auront réussi à recruter d'autres médecins, les deux établissements régionaux à Rankin Inlet et Cambridge Bay seront en mesure d'offrir un plus large éventail de services aux malades hospitalisés et aux malades externes. Les centres de santé communautaire fournissent des services de santé publique, des services aux malades externes et des services d'urgence. De plus, il existe un nombre limité de lits de maternité au Rankin Inlet Birthing Centre. Des services de santé publique sont également fournis dans les cliniques de santé publique qui sont situées à Rankin Inlet et à Iqaluit.

L'autorisation des établissements et la délivrance de licences ainsi que l'inspection et la supervision de tous les établissements de santé et de services sociaux du territoire relèvent du Ministère.

Les services assurés fournis aux malades hospitalisés sont : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les actes de laboratoire, de radiologie et autres actes diagnostiques ainsi que les interprétations nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et préparations connexes prescrits par un médecin et administrés à l'hôpital; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération, des salles de travail et des installations d'anesthésie; l'usage des services de radiothérapie et de physiothérapie, là où ils sont disponibles; les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme agréé; les services fournis par des personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital; les services fournis par un centre de désintoxication approuvé.

Les services aux malades externes sont : les analyses de laboratoire et les radiographies, ainsi que les interprétations nécessaires, demandées par un médecin et réalisées dans un établissement de consultation externe ou un hôpital agréé; les services hospitaliers en rapport avec la plupart des interventions médicales et chirurgicales mineures; les services de physiothérapie, d'ergothérapie, d'audiologie (services limités) et d'orthophonie fournis dans un établissement de consultation externe ou dans un hôpital agréé; les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme hospitalier agréé.

Le Ministère peut décider d'ajouter des services assurés dans ses établissements, en fonction de la disponibilité de ressources et de matériel ainsi que de la faisabilité générale du projet. Il le fait conformément à ses lignes directrices et avec l'aval du Conseil de gestion financière du Nunavut.

Aucun nouveau service n'a été ajouté à la liste des services hospitaliers assurés en 2007-2008.

2.2 Services médicaux assurés

Le paragraphe 3(1) de la *Loi sur l'assurance-maladie* et l'article 3 du *Règlement sur les soins médicaux* prévoient la prestation de services médicaux assurés au Nunavut. Aucune modification n'a été apportée

à la *Loi* ni au *Règlement* en 2007-2008. La *Loi sur les infirmières et infirmiers* autorise désormais la délivrance de permis d'exercice aux infirmières praticiennes au Nunavut; auparavant, seuls les médecins étaient autorisés à fournir des services médicaux assurés dans le territoire.

Les médecins doivent être membres en règle d'un collège des médecins et chirurgiens du Canada et détenir un permis d'exercice au Nunavut. Le comité d'inscription des médecins du gouvernement du Nunavut gère présentement ce processus pour les médecins du territoire. Il y a, au total, 23 postes de médecins de famille à temps plein au Nunavut (14 dans la région de Baffin; 4,5 dans la région de Kivalliq; 2,5 dans la région de Kitikmeot) ainsi qu'un chirurgien et un anesthésiste à l'Hôpital général Qiqiktani. Des spécialistes itinérants, des omnipraticiens et des médecins suppléants fournissent également des services médicaux assurés dans le cadre d'ententes conclues avec chacune des trois régions du Ministère. En date du 31 mars 2008, 156 médecins participaient au régime d'assurance-santé du Nunavut.

Le médecin peut choisir de recevoir des honoraires en dehors du régime d'assurance-santé, aux termes des alinéas 12(2)*a)* ou 12(2)*b)* de la *Loi sur l'assurance-maladie*, en remettant un avis écrit à cet effet au directeur. Ce choix peut être révoqué, et la révocation entre en vigueur le premier jour du mois suivant la date à laquelle une lettre à cet effet a été remise au directeur. En 2007-2008, aucun médecin n'a remis d'avis écrit indiquant qu'il avait fait le choix susmentionné. Tous les médecins qui exercent au Nunavut ont signé un contrat avec le Ministère.

Le terme *services médicaux assurés* désigne tous les services médicalement nécessaires fournis par des médecins. Lorsque des services assurés ne sont pas offerts dans certaines régions du Nunavut, les malades sont envoyés dans une autre administration pour les obtenir. Le Nunavut a conclu des ententes de services de santé avec des centres de services médicaux et de traitement à Ottawa, Winnipeg, Yellowknife et Edmonton. C'est vers ces endroits à l'extérieur du territoire que le Nunavut oriente ses malades qui ont besoin de services médicaux non disponibles dans le territoire.

L'ajout ou l'élimination de services médicaux assurés doivent être approuvés par le gouvernement. À cette fin, le directeur de l'assurance-santé participe à des négociations avec un groupe de médecins pour discuter du service visé. Par la suite, la décision du groupe est soumise à l'approbation du Cabinet. En 2007-2008, aucun service médical assuré n'a été ajouté ni éliminé.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Un dentiste qui fournit des services de chirurgie dentaire assurés au titre du régime d'assurance-santé du territoire doit détenir une licence d'exercice, conformément à la *Loi sur les professions dentaires* (T.N.-O., 1988, reproduite pour le Nunavut par l'article 29 de la *Loi sur le Nunavut*, 1999). Il reçoit un numéro de facturation pour facturer le régime à l'égard des services dentaires assurés fournis. En 2007-2008, trois bucco dentaires et maxillo faciaux ont reçu l'autorisation de facturer des services dentaires assurés au régime d'assurance-santé du Nunavut.

Les services dentaires assurés se limitent aux interventions de chirurgie dentaire prévues dans le *Règlement*, qui nécessitent des ressources que seul un hôpital peut fournir (p. ex. la chirurgie orthognatique). Des chirurgiens bucco dentaires viennent régulièrement au Nunavut, mais dans de rares cas, lorsqu'il y a des complications médicales, le patient est transporté par avion à l'extérieur du Territoire.

L'ajout de nouveaux services de chirurgie dentaire à la liste des services assurés doit être approuvé par le gouvernement. Aucun nouveau service n'a été ajouté à la liste en 2007-2008.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services fournis en vertu de la *Loi sur les accidents du travail* (T.N.-O., 1988, reproduite pour le Nunavut par l'article 29 de la *Loi sur le Nunavut*, 1999) ou d'autres lois du Canada, sauf la *Loi canadienne sur la santé*, sont exclus.

Les services médicaux non assurés sont : les examens physiques annuels; la chirurgie esthétique; les services réputés expérimentaux; les médicaments d'ordonnance; les examens physiques demandés par un tiers; les services d'optométrie; les services dentaires autres que certains actes liés à des maladies ou à des blessures de la mâchoire; les services de chiropraticiens, de naturopathes, de podiatres et d'ostéopathes, et les traitements d'acupuncture; les services de physiothérapie, d'orthophonie et de psychologie reçus dans un établissement autre qu'un établissement de consultation externe assuré (hôpital).

Les services hospitaliers non assurés sont : les frais hospitaliers excédant le taux de l'hébergement en salle commune, pour une chambre privée ou semi-privée; les services qui ne sont pas médicalement nécessaires, comme la chirurgie esthétique; les services réputés expérimentaux; les frais d'ambulance (sauf pour le transport d'un hôpital à un autre); les services dentaires autres que certains actes liés à des maladies ou à des blessures de la mâchoire; les services de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes, sans approbation préalable.

À l'Hôpital général Qikiqtani, le tarif journalier de séjour pour les services fournis à des non Canadiens est de 1 396 $.

Dans le cas des résidents envoyés à l'extérieur du territoire pour recevoir des services, le Ministère suit les politiques et procédures de l'administration qui fournit les services pouvant entraîner des frais supplémentaires seulement dans la mesure où ces frais sont couverts par le régime d'assurance-santé du Nunavut (voir 4.2, Transférabilité). Les demandes ou les plaintes sont traitées au cas par cas avec la province ou le territoire concerné.

Le Ministère gère également le programme des Services de santé non assurés (SSNA) au nom de Santé Canada pour les résidents des Premières nations et les résidents inuits du Nunavut. Les SSNA paient la quote-part dans le cas des déplacements pour soins médicaux, de l'hébergement et des repas dans les pensions (à Ottawa, Winnipeg, Churchill, Edmonton et Yellowknife), les médicaments d'ordonnance, les traitements dentaires, les soins de la vue, les fournitures médicales et les prothèses ainsi qu'un certain nombre d'autres services accessoires.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité

L'admissibilité au régime d'assurance-santé du Nunavut est brièvement définie aux paragraphes 3(1), (2) et (3) de la *Loi sur l'assurance-maladie*. Le Ministère respecte l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité et ses propres lignes directrices. Aucune modification n'a été apportée à la *Loi* ni au *Règlement* en 2007-2008.

Sous réserve des dispositions susmentionnées, tous les résidents du Nunavut sont admissibles aux services de santé assurés selon des modalités uniformes. Un résident est une personne légalement autorisée à être ou à rester au Canada, domiciliée et résidant habituellement au Nunavut, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite au Nunavut. Les demandes de participation au régime sont acceptées, et les demandeurs doivent produire des documents confirmant leur statut de résident. Les personnes admissibles reçoivent une carte santé portant un numéro distinct.

La couverture débute généralement le premier jour du troisième mois suivant l'arrivée au Nunavut, mais elle peut être immédiate dans certaines circonstances (p. ex. un nouveau-né dont la mère ou le père est admissible à la couverture). Les résidents permanents (immigrants reçus), les Canadiens rentrant au pays, les Canadiens rapatriés, les résidents permanents rentrant au pays et les non Canadiens titulaires d'un visa d'emploi valide pour douze mois ou plus sont aussi couverts immédiatement.

Les membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada ainsi que les détenus des pénitenciers fédéraux ne sont pas admissibles. Ils le deviennent le premier jour de la cessation d'emploi ou de la libération.

Aux termes de l'article 7 de l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité, les personnes d'une province ou d'un autre territoire qui demeurent au Nunavut temporairement sans y établir leur résidence demeurent inscrites au régime d'assurance-santé de la province ou du territoire d'origine pendant une période maximale d'un an.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Pour s'inscrire au régime, une personne doit présenter un formulaire de demande rempli et y joindre les documents requis. Une carte santé est délivrée à chaque résident. Afin de simplifier le traitement des documents, un processus de renouvellement progressif a été adopté au Nunavut en 2006. Aucune prime n'est exigible. La couverture d'un service est liée à la vérification de l'inscription, mais en cas de problème à cet égard, tout est mis en œuvre pour inscrire le résident admissible. Les non-résidents doivent présenter une carte santé valide de leur province ou de leur territoire.

En date du 31 mars 2008, 31 412 résidents étaient inscrits au régime d'assurance-santé du Nunavut, soit près de 1 308 de plus que l'année précédente. Aucune disposition officielle ne prévoit le retrait des résidents du Nunavut du régime d'assurance-santé.

3.3 Autres catégories de personnes

Les non-Canadiens qui détiennent un visa d'emploi ou d'étudiant valide pour moins de 12 mois, les travailleurs de passage et les titulaires de permis ministériel (à une exception près) ne sont pas admissibles au régime. Les situations particulières sont évaluées individuellement, conformément à l'article 15 des lignes directrices des Territoires du Nord-Ouest sur l'inscription au régime d'assurance-santé, adopté par le Nunavut en 1999.

4.0 Transférabilité

4.1 Période d'attente minimale

En vertu de l'article 3 de l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité, la période d'attente, lors d'un déménagement au Canada, est de trois mois, ou le premier jour du troisième mois suivant l'établissement de la résidence dans une nouvelle province ou un nouveau territoire, cette dernière période d'attente s'appliquant lorsqu'une personne, durant une absence temporaire de sa province ou de son territoire, décide de s'établir en permanence au Nunavut.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Le paragraphe 4(2) de la *Loi sur l'assurance-maladie* détermine les prestations payables à l'égard des services médicaux assurés fournis à l'extérieur du Nunavut, mais au Canada. Les alinéas 5*d)* et 28(1)*j)* et *o)* de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* autorisent le ministre à conclure avec les provinces et les autres territoires des ententes sur la prestation de services de santé aux résidents du Nunavut et à fixer les modalités de paiement. En 2007-2008, il n'y a pas eu de modification législative ou réglementaire concernant la couverture à l'extérieur du Nunavut.

Les étudiants qui font des études à l'extérieur du Nunavut doivent en aviser le Ministère et fournir une preuve d'inscription pour demeurer assurés. Les demandes de prolongation doivent être renouvelées chaque année et approuvées par le directeur. Les absences temporaires d'au plus un an pour le travail, des vacances ou d'autres raisons sont approuvées par le directeur sur réception d'une demande écrite de l'assuré. Le directeur peut approuver des absences de plus de douze mois consécutifs, sur réception d'une demande écrite de l'assuré.

Les dispositions relatives à la couverture durant les absences temporaires au Canada sont parfaitement conformes aux conditions de l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité depuis le 1er janvier 2001.

Le Nunavut participe aux ententes de facturation réciproque des services médicaux et des services hospitaliers. En outre, des ententes bilatérales spéciales ont été conclues avec l'Ontario, le Manitoba, l'Alberta et les Territoires du Nord-Ouest. L'entente de facturation réciproque des services hospitaliers prévoit le paiement des services hospitaliers aux patients hospitalisés ou externes reçus à l'extérieur du territoire par les résidents admissibles du Nunavut. Les taux prévus pour les interventions onéreuses, les services de néonatologie et les services aux malades externes sont basés sur ceux du Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé. Aux termes d'un accord spécial entre les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut, prévoyant un financement global, le Stanton Hospital de Yellowknife fournit des services aux résidents du Nunavut, à l'hôpital même ou dans la région de Kitikmeot (la partie ouest du territoire), par l'intermédiaire de spécialistes itinérants.

Les ententes de facturation réciproque des services médicaux prévoient le paiement des services médicaux assurés pour le compte des résidents admissibles du Nunavut qui reçoivent des services assurés à l'extérieur du territoire. Le paiement est fait à la province d'accueil, aux taux établis par cette dernière.

En 2007-2008, les paiements aux hôpitaux situés à l'extérieur du territoire s'élevaient à 18 786 899 $.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'extérieur du Canada

Le paragraphe 4(3) de la *Loi sur l'assurance-maladie* régit les prestations payables à l'égard des services médicaux assurés fournis à l'étranger. Les alinéas 28(1)*j)* et *o)* de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* autorisent le ministre à fixer les modalités de paiement des services fournis à l'étranger aux résidents du Nunavut. Pendant une absence temporaire à l'étranger, peu importe la raison, les personnes peuvent être couvertes pendant une période maximale de 12 mois, sous réserve de la présentation préalable d'un avis écrit. Si un résident est aiguillé vers un établissement à l'extérieur du pays pour recevoir des services (interventions très spécialisées non pratiquées au Nunavut ni ailleurs au Canada), le territoire assume la totalité des frais. Dans le cas de services non urgents ou si le patient n'a pas été aiguillé, le paiement est de 1 396 $ par jour pour les services hospitaliers aux malades hospitalisés et de 158 $ par visite pour les services aux malades externes. Les taux n'ont pas changé en 2007-2008.

En 2007-2008, il n'y a eu aucun paiement pour des services de santé d'urgence assurés fournis à l'hôpital ou en consultation externe à des résidents admissibles se trouvant temporairement à l'étranger.

Les services médicaux assurés fournis à des résidents admissibles pendant une absence temporaire à l'étranger sont payés aux taux en vigueur pour ces services dans le territoire. Le remboursement est versé à l'assuré ou directement au fournisseur du service assuré.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Une approbation préalable est requise pour recevoir des services non urgents dans des établissements privés au Canada ou dans n'importe quel établissement à l'étranger.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

L'article 14 de la *Loi sur l'assurance-maladie* interdit la surfacturation par des médecins, sauf si le médecin a fait un choix toujours en vigueur à cet égard. L'accès aux services assurés est fourni selon des modalités uniformes. Pour éviter que l'éloignement et les frais de déplacement n'entravent l'accès, le gouvernement du Nunavut fournit une aide aux déplacements pour raisons médicales. Des services d'interprétation sont également offerts aux patients dans les milieux de soins.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

L'Hôpital général Qikiqtani, à Iqaluit, qui a ouvert ses portes à l'automne 2007, est présentement le seul établissement hospitalier de soins de courte durée en activité au Nunavut. Il a au total 35 lits pour des soins actifs, des soins de réadaptation, des soins palliatifs et des soins aux malades chroniques. Il compte aussi six lits pour les chirurgies d'un jour et quatre lits pour le rétablissement. L'hôpital fournit des services aux malades hospitalisés et externes ainsi que des services d'urgence 24 heures sur 24. Les médecins de la région assurent les services d'urgence à tour de rôle. Les services médicaux disponibles sont les soins ambulatoires/consultations externes, les soins intensifs (limités), de même que les soins médicaux généraux, les soins de maternité et les soins palliatifs. En chirurgie, des interventions mineures en orthopédie, en gynécologie, en pédiatrie, en chirurgie abdominale générale, en traumatologie d'urgence et en otorhinolaryngologie sont pratiquées. Les patients qui ont besoin d'opérations spécialisées sont envoyés ailleurs au Canada. Les services de diagnostic comprennent les services de radiologie, de laboratoire et d'électrocardiogramme. Les services de réadaptation sont offerts uniquement à Iqaluit. Malgré le fait que tous les postes d'infirmières et autres professionnels de la santé n'étaient pas comblés, les services de base ont été fournis en 2007-2008.

Outre l'Hôpital général Qiqiktani, les 24 centres de santé communautaire offrent des services infirmiers aux malades externes et des services infirmiers d'urgence 24 heures sur 24. Des services de Télésanté sont disponibles dans les 25 collectivités du Nunavut. L'objectif à long terme est d'intégrer la Télésanté dans le système de prestation de soins primaires, permettant ainsi aux résidents du Nunavut d'avoir plus facilement accès à une gamme plus étendue d'options de services, et aux fournisseurs de services et aux collectivités, d'utiliser les ressources plus efficacement.

Le Nunavut a des ententes spéciales avec des établissements à Ottawa, Toronto, Churchill, Winnipeg, Edmonton et Yellowknife pour la prestation de services assurés aux malades qui ont été aiguillés vers eux.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

À l'aide fournie dans le cas de déplacements pour raisons médicales et aux initiatives de Télésanté s'ajoutent les accords conclus avec certaines régions et certains établissements de santé pour la prestation de services médicaux ainsi que de services fournis par des médecins spécialistes et autres professionnels de la santé itinérants. Lorsque le matériel et les services ne sont pas disponibles au Nunavut, les malades sont aiguillés vers l'extérieur du territoire. Le réseau de Télésanté, qui relie les 25 collectivités, permet la prestation d'une gamme étendue de services : consultations de spécialistes comme les dermatologues, les

psychiatres et les internistes; services de réadaptation; séances de counseling sur une base régulière; visites d'un membre de la famille; enseignement médical continu. En 2007-2008, le Nunavut comptait 156 médecins inscrits.

Les services spécialisés suivants sont fournis dans le cadre du programme des spécialistes itinérants : ophtalmologie, orthopédie, médecine interne, otorhinolaryngologie, neurologie, rhumatologie, dermatologie, pédiatrie, obstétrique, physiothérapie, ergothérapie, psychiatrie et chirurgie buccale et maxillo-faciale. Les consultations de spécialistes itinérants sont offertes en fonction de la demande et de la disponibilité des spécialistes.

5.4 Rémunération des médecins

Tous les médecins qui travaillent à temps plein au Nunavut sont rémunérés en vertu d'un contrat avec le Ministère, qui en fixe les modalités. Les médecins consultants itinérants sont rémunérés à la journée ou à l'acte.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Le financement de l'Hôpital général Qiqiktani, des deux nouveaux établissements régionaux à Rankin Inlet et Cambridge Bay et des 22 centres de santé communautaire est prévu dans le budget du Ministère. Aucun paiement n'est fait directement aux hôpitaux ni aux centres de santé communautaire.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le gouvernement du Nunavut a fait état du Transfert canadien en matière de santé dans le Rapport annuel du directeur de l'assurance-santé pour l'exercice 2006-2007, déposé à l'Assemblée législative le 19 février 2008.

7.0 Services complémentaires de santé

Soins intermédiaires en foyer de soins infirmiers et soins en établissement pour adultes

Des établissements de soins pour adultes situés dans cinq collectivités offrent au total 64 lits pour répondre aux besoins des Nunavummiut en faisant appel à une combinaison de fournisseurs de services, surtout privés, et à un établissement appartenant au territoire et exploité par celui-ci. Des ententes de licence permettent la location à bail des établissements publics. Chaque établissement accueille des hommes et des femmes et offre des soins de niveau trois (3) ou quatre (4) sur une base indéterminée. La plupart des établissements offrent des services de relève et des services de soins infirmiers « au besoin » ou sur une base régulière (huit heures par jour; par la suite, sur place). Des soins personnels sont fournis à tous les résidents en tout temps, et des services de soins à domicile sont généralement offerts au besoin. Des services de réadaptation (physiothérapie, ergothérapie et orthophonie) sont également fournis aux résidents.

Le Naja Isabelle Home, à Chesterfield Inlet, fournit des soins et des traitements supervisés et des programmes spécialisés à 10 patients qui requièrent des soins de niveau quatre (4) et cinq (5) tous les jours 24 heures sur 24. L'établissement emploie des infirmières auxiliaires autorisées, et les soins de courte durée nécessaires sont fournis par le Chesterfield Inlet Health Centre. L'établissement est souvent en mesure d'offrir des soins de relève à l'égard des patients des niveaux 4 et 5.

Des services de soins infirmiers sont disponibles dans les résidences pour personnes âgées d'Iqaluit et Arviat. Ces établissements fournissent le niveau le plus élevé de soins de longue durée au Nunavut, qui vont des soins complets aux malades chroniques aux soins actifs (niveaux 4 et 5). Les patients recevant des soins actifs sont transférés à l'hôpital le plus proche.

À l'heure actuelle, il n'existe aucune loi au Nunavut qui autorise officiellement les services complémentaires de santé décrits ci-dessus.

Services de soins à domicile

Le programme de soins à domicile et de soins communautaires (SDSC) fournit des services de soutien et de soins de santé et aux personnes qui requièrent une attention supplémentaire en raison d'une maladie, de leur mauvais état de santé ou d'une incapacité. Le programme apporte un appui aux Nunavummiut qui s'efforcent de prendre soin d'eux-mêmes avec l'aide de leur famille et de la collectivité. Cet appui se traduit par la prestation de soins au domicile de la personne, ou dans sa collectivité, pour qu'elle puisse rester dans un environnement familier, près de ses proches, et conserver un sentiment d'autonomie et de bien-être.

Les objectifs directeurs du programme sont le respect de l'approche traditionnelle et contemporaine des Inuits face à la santé et au bien-être, l'appui aux soins de santé en milieu familial et communautaire, l'accessibilité aux soins pour les personnes de tous âges chez qui l'on a constaté un besoin, et la prestation d'un niveau de soins égal à celui que reçoit le reste de la population canadienne.

En 2007-2008, une gamme complète de soins à domicile ont été offerts au Nunavut, dont des soins infirmiers et personnels, des soins de relève, des programmes pour les personnes âgées et des services d'aide familiale (qui comptent généralement pour la majorité des heures de service fournies). De plus, des services de réadaptation sous forme de physiothérapie et d'ergothérapie ont été fournis aux clients « au besoin ». Les services offerts dans les collectivités du territoire varient, en raison des contraintes en matière de personnel et des contraintes financières.

Le programme de SDSC est coordonné par l'entremise de trois centres régionaux, les services étant fournis par : le personnel des soins à domicile et des soins communautaires; des représentants en soins à domicile et en soins communautaires; des infirmières en soins à domicile; des physiothérapeutes et des ergothérapeutes. Les normes du programme de SDSC sont établies par un coordonnateur territorial des SDSC, en consultation avec les trois gestionnaires régionaux des soins à domicile et des soins communautaires.

À l'heure actuelle, aucune loi au Nunavut n'autorise officiellement les services de SDSC décrits ci-dessus.

Services de soins ambulatoires

En 2007-2008, des services de soins ambulatoires n'étaient offerts nulle part au Nunavut.

Au mois d'octobre 2004, le Ministère a constitué un groupe de travail sur les soins continus chargé de faire des recommandations sur la façon de composer avec le vieillissement de la population du Nunavut, dans le cadre d'un continuum de soins territorial coordonné. Un rapport diffusé par le groupe de travail contenait plusieurs recommandations, notamment la construction de quatre nouveaux établissements de soins continus; l'élaboration d'une *Stratégie en matière de modes de vie sains* pour les aînés (ayant pour objet d'atténuer les maladies et de retarder l'apparition de maladies qui peuvent devenir chroniques chez les aînés); l'augmentation des services de soins à domicile et de soins communautaires pour favoriser l'autonomie; la collaboration continue avec le Collège de l'Arctique du Nunavut, de même que l'octroi de fonds à ce dernier pour la formation en soins de santé et la certification en soins continus, soit par l'enseignement à distance ou sur le campus.

La construction de deux nouveaux établissements de soins continus à Gjoa Haven et à Igloolik était en cours en 2007-2008. Ces établissements de 10 lits fourniront des soins de longue durée aux personnes âgées et autres adultes qui requièrent, tous les jours 24 heures sur 24, des soins infirmiers et d'autres soins qui ne peuvent leur être fournis chez eux. Pour répondre aux besoins en dotation des établissements, le Collège de l'Arctique du Nunavut offrira un programme de six mois pour les travailleurs en soins à domicile et en milieu communautaire.

Personnes inscrites					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#)	31 660	31 525	31 172	30 104	31 412

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**	**2007-2008**
2. Nombre (#) :					
a. soins actifs	1	1	1	1	1
b. soins chroniques	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
c. soins de réadaptation	n.d.	n.d.	1	1	1
d. autres	25 [5]	25 [5]	26	26 [5]	26 [5]
e. total	n.d.	n.d.	28	28	28
3. Paiement des services de santé assurés ($) :					
a. soins actifs	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
b. soins chroniques	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
c. soins de réadaptation	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
d. autres	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
e. total	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Établissements privés à but lucratif	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**	**2007-2008**
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#) :					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0
5. Paiement des services de santé assurés donnés par des établissements privés à but lucratif ($) :					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0

Services hospitaliers assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
6. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	2 526	2 544	2 721	2 644	1 790
7. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	17 202 646	15 851 159	17 909 264	20 572 287	15 741 704
8. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	12 112	14 492	16 939	14 540	13 204
9. Paiements totaux, consultations externes ($)	1 552 418	2 521 841	3 596 878	3 335 111	3 045 194
Services hospitaliers assurés offerts à l'extérieur du Canada					
10. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	2	1	1	0	0
11. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	6 300	6 345	954	0	0
12. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	2	1	16	5	0
13. Paiements totaux, consultations externes ($)	400	433	2 637	1 105	0

5. Inclut 22 centres de santé communautaire et deux centres de santé régionaux situés dans des communautés à travers le territoire, ainsi qu'une unité de santé publique et une clinique de pratique familiale situées toutes deux à Iqaluit. La clinique compte actuellement deux infirmières praticiennes qui fournissent des soins de santé primaires, comme elles le feraient si la clinique se trouvait dans une autre communauté et fonctionnait en tant que centre de santé communautaire.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
14. Nombre de médecins participants (#) :					
a. omnipraticiens	75	86	74	60	91
b. spécialistes	64	82	61	67	65
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	139	168	135	127	156
15. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
16. Nombre de médecins qui ne participent pas (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
17. Services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement :					
a. nombre de services (#)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
b. paiements totaux ($)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
18. Services médicaux rémunérés à l'acte : [6]					
a. nombre de services (#)	60 561	59 542	57 363	46 368	17 068
b. paiements totaux ($)	3 548 457	3 112 661	2 863 075	2 380 746	911 254

Services médicaux assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
19. Nombre de services (#)	51 050	45 334	57 332	59 121	53 022
20. Paiements totaux ($)	2 955 996	2 816 282	3 471 307	3 623 163	3 845 570
Services médicaux assurés offerts à l'extérieur du Canada					
21. Nombre de services (#)	19	0	36	5	15
22. Paiements totaux ($)	1 519	0	2 459	1 105	796

Services chirurgicaux et dentaires assurés offerts dans la province ou le territoire	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
23. Nombre de dentistes participants (#)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d. [7]
24. Nombre de services fournis (#)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
25. Paiements totaux ($)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

6. Le Nunavut ne rémunère pas les médecins à l'acte. La majorité des médecins sont plutôt rémunérés au moyen de salaires et d'autres méthodes. L'information sur les médecins salariés est signalée par le biais du système de facturation fictive. Les chiffres incluent les factures fictives.

7. Au Nunavut, les chirurgies buccales sont pratiquées seulement à l'Hôpital général de Qiqiktani à Iqaluit. Les trois chirurgiens stomatologistes autorisés à facturer les services dentaires assurés au Régime de soins médicaux du Nunavut en 2007-2008 sont représentés dans les chiffres figurant sous 14b (spécialistes).

ANNEXE A

Loi canadienne sur la santé et Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs

La présente annexe offre au lecteur une codification administrative de la *Loi canadienne sur la santé* et du *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs*. Une codification administrative est une interprétation de la *Loi* initiale et comprend toute modification apportée depuis l'adoption de la *Loi*. Le *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs* est le seul règlement prévu par la *Loi*. En vertu de ce *Règlement*, les provinces et les territoires doivent fournir une estimation des montants de la surfacturation et des frais modérateurs avant le début de chaque exercice financier afin que les pénalités appropriées puissent être perçues. Les provinces et les territoires doivent aussi présenter les états financiers indiquant les montants réellement facturés afin de permettre le rapprochement avec les frais estimatifs éventuels. Le *Règlement* est également présenté sous forme de codification administrative. Cette codification, qui n'a aucune valeur officielle, était à jour en Octobre 2008.

CANADA

OFFICE CONSOLIDATION

CODIFICATION ADMINISTRATIVE

Canada Health Act

Loi canadienne sur la santé

R.S., 1985, c. C-6

L.R. (1985), ch. C-6

WARNING NOTE

Users of this office consolidation are reminded that it is prepared for convenience of reference only and that, as such, it has no official sanction.

AVERTISSEMENT

La présente codification administrative n'est préparée que pour la commodité du lecteur et n'a aucune valeur officielle.

CHAPTER C-6

An Act relating to cash contributions by Canada and relating to criteria and conditions in respect of insured health services and extended health care services

Preamble

Whereas the Parliament of Canada recognizes:

— that it is not the intention of the Government of Canada that any of the powers, rights, privileges or authorities vested in Canada or the provinces under the provisions of the *Constitution Act, 1867*, or any amendments thereto, or otherwise, be by reason of this Act abrogated or derogated from or in any way impaired;

— that Canadians, through their system of insured health services, have made outstanding progress in treating sickness and alleviating the consequences of disease and disability among all income groups;

— that Canadians can achieve further improvements in their well-being through combining individual lifestyles that emphasize fitness, prevention of disease and health promotion with collective action against the social, environmental and occupational causes of disease, and that they desire a system of health services that will promote physical and mental health and protection against disease;

— that future improvements in health will require the cooperative partnership of governments, health professionals, voluntary organizations and individual Canadians;

— that continued access to quality health care without financial or other barriers will be critical to maintaining and improving the health and well-being of Canadians;

And whereas the Parliament of Canada wishes to encourage the development of health services throughout Canada by assisting the provinces in meeting the costs thereof;

CHAPITRE C-6

Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada ainsi que les principes et conditions applicables aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé

Préambule

Considérant que le Parlement du Canada reconnaît :

– que le gouvernement du Canada n'entend pas par la présente loi abroger les pouvoirs, droits, privilèges ou autorités dévolus au Canada ou aux provinces sous le régime de la Loi constitutionnelle de 1867 et de ses modifications ou à tout autre titre, ni leur déroger ou porter atteinte,

– que les Canadiens ont fait des progrès remarquables, grâce à leur système de services de santé assurés, dans le traitement des maladies et le soulagement des affections et déficiences parmi toutes les catégories socio-économiques,

– que les Canadiens peuvent encore améliorer leur bien-être en joignant à un mode de vie individuel axé sur la condition physique, la prévention des maladies et la promotion de la santé, une action collective contre les causes sociales, environnementales ou industrielles des maladies et qu'ils désirent un système de services de santé qui favorise la santé physique et mentale et la protection contre les maladies,

– que les améliorations futures dans le domaine de la santé nécessiteront la coopération des gouvernements, des professionnels de la santé, des organismes bénévoles et des citoyens canadiens,

– que l'accès continu à des soins de santé de qualité, sans obstacle financier ou autre, sera déterminant pour la conservation et l'amélioration de la santé et du bien-être des Canadiens;

considérant en outre que le Parlement du Canada souhaite favoriser le développement des services de santé dans tout le pays en aidant les provinces à en supporter le coût,

Now, therefore, Her Majesty, by and with the advice and consent of the Senate and House of Commons of Canada, enacts as follows:

Sa Majesté, sur l'avis et avec le consentement du Sénat et de la Chambre des communes du Canada, édicte :

SHORT TITLE

Short title

1. This Act may be cited as the *Canada Health Act*.

1984, c. 6, s. 1.

TITRE ABRÉGÉ

Titre abrégé

1. Loi canadienne sur la santé.

1984, ch. 6, art. 1.

INTERPRETATION

Definitions

2. In this Act,

"Act of 1977" [Repealed, 1995, c. 17, s. 34]

"cash contribution" means the cash contribution in respect of the Canada Health and Social Transfer that may be provided to a province under subsections 15*(1)* and *(4)* of the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act*;

"contribution" [Repealed, 1995, c. 17, s. 34]

"dentist" means a person lawfully entitled to practise dentistry in the place in which the practice is carried on by that person;

"extended health care services" means the following services, as more particularly defined in the regulations, provided for residents of a province, namely,

(a) nursing home intermediate care service,

(b) adult residential care service,

(c) home care service, and

(d) ambulatory health care service;

"extra-billing" means the billing for an insured health service rendered to an insured person by a medical practitioner or a dentist in an amount in addition to any amount paid or to be paid for that service by the health care insurance plan of a province;

"health care insurance plan" means, in relation to a province, a plan or plans established by the law of the province to provide for insured health services;

"health care practitioner" means a person lawfully entitled under the law of a province to provide health services in the place in which the services are provided by that person;

"hospital" includes any facility or portion thereof that provides hospital care, including acute, rehabilitative or chronic care, but does not include

(a) a hospital or institution primarily for the mentally disordered, or

(b) a facility or portion thereof that provides nursing home intermediate care service or adult residential care service, or comparable services for children;

DÉFINITIONS

Définitions

2. Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente loi.

« assuré » Habitant d'une province, à l'exception :

a) des membres des Forces canadiennes;

b) des membres de la Gendarmerie royale du Canada nommés à un grade;

c) des personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier, au sens de la Partie I de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*;

d) des habitants de la province qui s'y trouvent depuis une période de temps inférieure au délai minimal de résidence ou de carence d'au plus trois mois imposé aux habitants par la province pour qu'ils soient admissibles ou aient droit aux services de santé assurés.

« contribution » [Abrogée, 1995, ch. 17, art. 34]

« contribution pécuniaire » La contribution au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux qui peut être versée à une province au titre des paragraphes 15*(1)* et *(4)* de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*.

« dentiste » Personne légalement autorisée à exercer la médecine dentaire au lieu où elle se livre à cet exercice.

« frais modérateurs » Frais d'un service de santé assuré autorisés ou permis par un régime provincial d'assurance-santé mais non payables, soit directement soit indirectement, au titre d'un régime provincial d'assurance-santé, à l'exception des frais imposés par surfacturation.

« habitant » Personne domiciliée et résidant habituellement dans une province et légalement autorisée à être ou à rester au Canada, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite dans la province.

« hôpital » Sont compris parmi les hôpitaux tout ou partie des établissements où sont fournis des soins hospitaliers, notamment aux personnes souffrant de maladie aiguë ou chronique ainsi qu'en matière de réadaptation, à l'exception :

"hospital services" means any of the following services provided to in-patients or out-patients at a hospital, if the services are medically necessary for the purpose of maintaining health, preventing disease or diagnosing or treating an injury, illness or disability, namely,

(a) accommodation and meals at the standard or public ward level and preferred accommodation if medically required,

(b) nursing service,

(c) laboratory, radiological and other diagnostic procedures, together with the necessary interpretations,

(d) drugs, biologicals and related preparations when administered in the hospital,

(e) use of operating room, case room and anaesthetic facilities, including necessary equipment and supplies,

(f) medical and surgical equipment and supplies,

(g) use of radiotherapy facilities,

(h) use of physiotherapy facilities, and

(i) services provided by persons who receive remuneration therefor from the hospital,

but does not include services that are excluded by the regulations;

"insured health services" means hospital services, physician services and surgical-dental services provided to insured persons, but does not include any health services that a person is entitled to and eligible for under any other Act of Parliament or under any Act of the legislature of a province that relates to workers' or workmen's compensation;

"insured person" means, in relation to a province, a resident of the province other than

(a) a member of the Canadian Forces,

(b) a member of the Royal Canadian Mounted Police who is appointed to a rank therein,

(c) a person serving a term of imprisonment in a penitentiary as defined in the Penitentiary Act, or

(d) a resident of the province who has not completed such minimum period of residence or waiting period, not exceeding three months, as may be required by the province for eligibility for or entitlement to insured health services;

"medical practitioner" means a person lawfully entitled to practise medicine in the place in which the practice is carried on by that person;

"Minister" means the Minister of Health;

a) des hôpitaux ou institutions destinés principalement aux personnes souffrant de troubles mentaux;

b) de tout ou partie des établissements où sont fournis des soins intermédiaires en maison de repos ou des soins en établissement pour adultes ou des soins comparables pour les enfants.

« loi de 1977 » [Abrogée, 1995, ch. 17, art. 34]

« médecin » Personne légalement autorisée à exercer la médecine au lieu où elle se livre à cet exercice.

« ministre » Le ministre de la Santé.

« professionnel de la santé » Personne légalement autorisée en vertu de la loi d'une province à fournir des services de santé au lieu où elle les fournit.

« régime d'assurance-santé » Le régime ou les régimes constitués par la loi d'une province en vue de la prestation de services de santé assurés.

« services complémentaires de santé » Les services définis dans les règlements et offerts aux habitants d'une province, à savoir :

a) les soins intermédiaires en maison de repos;

b) les soins en établissement pour adultes;

c) les soins à domicile;

d) les soins ambulatoires.

« services de chirurgie dentaire » Actes de chirurgie dentaire nécessaires sur le plan médical ou dentaire, accomplis par un dentiste dans un hôpital, et qui ne peuvent être accomplis convenablement qu'en un tel établissement.

« services de santé assurés » Services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire fournis aux assurés, à l'exception des services de santé auxquels une personne a droit ou est admissible en vertu d'une autre loi fédérale ou d'une loi provinciale relative aux accidents du travail.

«services hospitaliers » Services fournis dans un hôpital aux malades hospitalisés ou externes, si ces services sont médicalement nécessaires pour le maintien de la santé, la prévention des maladies ou le diagnostic ou le traitement des blessures, maladies ou invalidités, à savoir :

a) l'hébergement et la fourniture des repas en salle commune ou, si médicalement nécessaire, en chambre privée ou semi-privée;

b) les services infirmiers;

c) les actes de laboratoires, de radiologie ou autres actes de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires;

d) les produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes administrés à l'hôpital;

"physician services" means any medically required services rendered by medical practitioners;

"resident" means, in relation to a province, a person lawfully entitled to be or to remain in Canada who makes his home and is ordinarily present in the province, but does not include a tourist, a transient or a visitor to the province;

"surgical-dental services" means any medically or dentally required surgical-dental procedures performed by a dentist in a hospital, where a hospital is required for the proper performance of the procedures;

"user charge" means any charge for an insured health service that is authorized or permitted by a provincial health care insurance plan that is not payable, directly or indirectly, by a provincial health care insurance plan, but does not include any charge imposed by extra-billing.

R.S., 1985, c. C-6, s. 2; 1992, c. 20, s. 216(F); 1995, c. 17, s. 34; 1996, c.8, s. 32; 1999, c. 26, s. 11.

e) l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires;

f) le matériel et les fournitures médicaux et chirurgicaux;

g) l'usage des installations de radiothérapie;

h) l'usage des installations de physiothérapie;

i) les services fournis par les personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital.

Ne sont pas compris parmi les services hospitaliers les services exclus par les règlements.

« services médicaux » Services médicalement nécessaires fournis par un médecin.

« surfacturation » Facturation de la prestation à un assuré par un médecin ou un dentiste d'un service de santé assuré, en excédent par rapport au montant payé ou à payer pour la prestation de ce service au titre du régime provincial d'assurance-santé.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 2; 1992, ch. 20, art. 216(F); 1995, ch. 17, art. 34; 1996, ch. 8, art. 32; 1999, ch. 26, art. 11.

CANADIAN HEALTH CARE POLICY

Primary objective of Canadian health care policy

3. It is hereby declared that the primary objective of Canadian health care policy is to protect, promote and restore the physical and mental well-being of residents of Canada and to facilitate reasonable access to health services without financial or other barriers.

1984, c. 6, s. 3.

POLITIQUE CANADIENNE DE LA SANTÉ

Objectif premier

3. La politique canadienne de la santé a pour premier objectif de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre.

1984, ch. 6, art. 3.

PURPOSE

Purpose of this Act

4. The purpose of this Act is to establish criteria and conditions in respect of insured health services and extended health care services provided under provincial law that must be met before a full cash contribution may be made.

R.S., 1985, c. C-6, s. 4; 1995, c. 17, s. 35.

RAISON D'ÊTRE

Raison d'être de la présente loi

4. La présente loi a pour raison d'être d'établir les conditions d'octroi et de versement d'une pleine contribution pécuniaire pour les services de santé assurés et les services complémentaires de santé fournis en vertu de la loi d'une province.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 4; 1995, ch. 17, art. 35.

CASH CONTRIBUTION

Cash contribution

5. Subject to this Act, as part of the Canada Health and Social Transfer, a full cash contribution is payable by Canada to each province for each fiscal year.

R.S., 1985, c. C-6, s. 5; 1995, c. 17, s. 36.

6. [Repealed, 1995, c. 17, s. 36]

CONTRIBUTION PÉCUNIAIRE

Contribution pécuniaire

5. Sous réserve des autres dispositions de la présente loi, le Canada verse à chaque province, pour chaque exercice, une pleine contribution pécuniaire à titre d'élément du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (ci-après, Transfert).

L.R. (1985), ch. C-6, art. 5; 1995, ch. 17, art. 36.

6. [Abrogé, 1995, ch. 17, art. 36]

PROGRAM CRITERIA

Program criteria

7. In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5 for a fiscal year, the health care insurance plan of the province must, throughout the fiscal year, satisfy the criteria described in sections 8 to 12 respecting the following matters:

(a) public administration;

(b) comprehensiveness;

(c) universality;

(d) portability; and

(e) accessibility.

1984, c. 6, s. 7.

Public administration

8. *(1)* In order to satisfy the criterion respecting public administration,

(a) the health care insurance plan of a province must be administered and operated on a non-profit basis by a public authority appointed or designated by the government of the province;

(b) the public authority must be responsible to the provincial government for that administration and operation; and

(c) the public authority must be subject to audit of its accounts and financial transactions by such authority as is charged by law with the audit of the accounts of the province.

Designation of agency permitted

(2) The criterion respecting public administration is not contravened by reason only that the public authority referred to in subsection *(1)* has the power to designate any agency

(a) to receive on its behalf any amounts payable under the provincial health care insurance plan; or

(b) to carry out on its behalf any responsibility in connection with the receipt or payment of accounts rendered for insured health services, if it is a condition of the designation that all those accounts are subject to assessment and approval by the public authority and that the public authority shall determine the amounts to be paid in respect thereof.

1984, c. 6, s. 8.

Comprehensiveness

9. In order to satisfy the criterion respecting comprehensiveness, the health care insurance plan of a province must insure all insured health services provided by hospitals, medical practitioners or dentists, and where the law of the province so permits, similar or additional services rendered by other health care practitioners.

1984, c. 6, s. 9.

CONDITIONS D'OCTROI

Règle générale

7. Le versement à une province, pour un exercice, de la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 est assujetti à l'obligation pour le régime d'assurance-santé de satisfaire, pendant tout cet exercice, aux conditions d'octroi énumérées aux articles 8 à 12 quant à :

a) la gestion publique;

b) l'intégralité;

c) l'universalité;

d) la transférabilité;

e) l'accessibilité.

1984, ch. 6, art. 7.

Gestion publique

8. *(1)* La condition de gestion publique suppose que :

a) le régime provincial d'assurance-santé soit géré sans but lucratif par une autorité publique nommée ou désignée par le gouvernement de la province;

b) l'autorité publique soit responsable devant le gouvernement provincial de cette gestion;

c) l'autorité publique soit assujettie à la vérification de ses comptes et de ses opérations financières par l'autorité chargée par la loi de la vérification des comptes de la province.

Désignation d'un mandataire

(2) La condition de gestion publique n'est pas enfreinte du seul fait que l'autorité publique visée au paragraphe *(1)* a le pouvoir de désigner un mandataire chargé :

a) soit de recevoir en son nom les montants payables au titre du régime provincial d'assurance-santé;

b) soit d'exercer en son nom les attributions liées à la réception ou au règlement des comptes remis pour prestation de services de santé assurés si la désignation est assujettie à la vérification et à l'approbation par l'autorité publique des comptes ainsi remis et à la détermination par celle-ci des montants à payer à cet égard.

1984, ch. 6, art. 8.

Intégralité

9. La condition d'intégralité suppose qu'au titre du régime provincial d'assurance-santé, tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes soient assurés, et lorsque la loi de la province le permet, les services semblables ou additionnels fournis par les autres professionnels de la santé.

1984, ch. 6, art. 9.

Universality

10. In order to satisfy the criterion respecting universality, the health care insurance plan of a province must entitle one hundred per cent of the insured persons of the province to the insured health services provided for by the plan on uniform terms and conditions.

1984, c. 6, s. 10.

Portability

11. *(1)* In order to satisfy the criterion respecting portability, the health care insurance plan of a province

(a) must not impose any minimum period of residence in the province, or waiting period, in excess of three months before residents of the province are eligible for or entitled to insured health services;

(b) must provide for and be administered and operated so as to provide for the payment of amounts for the cost of insured health services provided to insured persons while temporarily absent from the province on the basis that

(i) where the insured health services are provided in Canada, payment for health services is at the rate that is approved by the health care insurance plan of the province in which the services are provided, unless the provinces concerned agree to apportion the cost between them in a different manner, or

(ii) where the insured health services are provided out of Canada, payment is made on the basis of the amount that would have been paid by the province for similar services rendered in the province, with due regard, in the case of hospital services, to the size of the hospital, standards of service and other relevant factors; and

(c) must provide for and be administered and operated so as to provide for the payment, during any minimum period of residence, or any waiting period, imposed by the health care insurance plan of another province, of the cost of insured health services provided to persons who have ceased to be insured persons by reason of having become residents of that other province, on the same basis as though they had not ceased to be residents of the province.

Requirement for consent for elective insured health services permitted

(2) The criterion respecting portability is not contravened by a requirement of a provincial health care insurance plan that the prior consent of the public authority that administers and operates the plan must be obtained for elective insured health services provided to a resident of the province while temporarily absent from the province if the services in question were available on a substantially similar basis in the province.

Universalité

10. La condition d'universalité suppose qu'au titre du régime provincial d'assurance-santé, cent pour cent des assurés de la province ait droit aux services de santé assurés prévus par celui-ci, selon des modalités uniformes.

1984, ch. 6, art. 10.

Transférabilité

11. *(1)* La condition de transférabilité suppose que le régime provincial d'assurance-santé :

a) n'impose pas de délai minimal de résidence ou de carence supérieur à trois mois aux habitants de la province pour qu'ils soient admissibles ou aient droit aux services de santé assurés;

b) prévoie et que ses modalités d'application assurent le paiement des montants pour le coût des services de santé assurés fournis à des assurés temporairement absents de la province :

(i) si ces services sont fournis au Canada, selon le taux approuvé par le régime d'assurance-santé de la province où ils sont fournis, sauf accord de répartition différente du coût entre les provinces concernées,

(ii) s'il sont fournis à l'étranger, selon le montant qu'aurait versé la province pour des services semblables fournis dans la province, compte tenu, s'il s'agit de services hospitaliers, de l'importance de l'hôpital, de la qualité des services et des autres facteurs utiles;

c) prévoie et que ses modalités d'application assurent la prise en charge, pendant le délai minimal de résidence ou de carence imposé par le régime d'assurance-santé d'une autre province, du coût des services de santé assurés fournis aux personnes qui ne sont plus assurées du fait qu'elles habitent cette province, dans les mêmes conditions que si elles habitaient encore leur province d'origine.

Consentement préalable à la prestation des services de santé assurés facultatifs

(2) La condition de transférabilité n'est pas enfreinte du fait qu'il faut, aux termes du régime d'assurance-santé d'une province, le consentement préalable de l'autorité publique qui le gère pour la prestation de services de santé assurés facultatifs à un habitant temporairement absent de la province, si ces services y sont offerts selon des modalités sensiblement comparables.

Définition de «services de santé assurés facultatifs»

(3) Pour l'application du paragraphe *(2)*, « services de santé assurés facultatifs » s'entend des services de santé assurés, à l'exception de ceux qui sont fournis d'urgence ou dans d'autres circonstances où des soins médicaux sont requis sans délai.

1984, ch. 6, art. 11.

Definition of "elective insured health services"

(3) For the purpose of subsection *(2)*, "elective insured health services" means insured health services other than services that are provided in an emergency or in any other circumstance in which medical care is required without delay.

1984, c. 6, s. 11.

Accessibility

12. *(1)* In order to satisfy the criterion respecting accessibility, the health care insurance plan of a province

(a) must provide for insured health services on uniform terms and conditions and on a basis that does not impede or preclude, either directly or indirectly whether by charges made to insured persons or otherwise, reasonable access to those services by insured persons;

(b) must provide for payment for insured health services in accordance with a tariff or system of payment authorized by the law of the province;

(c) must provide for reasonable compensation for all insured health services rendered by medical practitioners or dentists; and

(d) must provide for the payment of amounts to hospitals, including hospitals owned or operated by Canada, in respect of the cost of insured health services.

Reasonable compensation

(2) In respect of any province in which extra-billing is not permitted, paragraph *(1)(c)* shall be deemed to be complied with if the province has chosen to enter into, and has entered into, an agreement with the medical practitioners and dentists of the province that provides

(a) for negotiations relating to compensation for insured health services between the province and provincial organizations that represent practising medical practitioners or dentists in the province;

(b) for the settlement of disputes relating to compensation through, at the option of the appropriate provincial organizations referred to in paragraph *(a)*, conciliation or binding arbitration by a panel that is equally representative of the provincial organizations and the province and that has an independent chairman; and

(c) that a decision of a panel referred to in paragraph *(b)* may not be altered except by an Act of the legislature of the province.

1984, c. 6, s. 12.

Accessibilité

12. *(1)* La condition d'accessibilité suppose que le régime provincial d'assurance-santé :

a) offre les services de santé assurés selon des modalités uniformes et ne fasse pas obstacle, directement ou indirectement, et notamment par facturation aux assurés, à un accès satisfaisant par eux à ces services;

b) prévoie la prise en charge des services de santé assurés selon un tarif ou autre mode de paiement autorisé par la loi de la province;

c) prévoie une rémunération raisonnable de tous les services de santé assurés fournis par les médecins ou les dentistes;

d) prévoie le versement de montants aux hôpitaux, y compris les hôpitaux que possède ou gère le Canada, à l'égard du coût des services de santé assurés.

Rémunération raisonnable

(2) Pour toute province où la surfacturation n'est pas permise, il est réputé être satisfait à l'alinéa *(1)* c) si la province a choisi de conclure un accord et a effectivement conclu un accord avec ses médecins et dentistes prévoyant :

a) la tenue de négociations sur la rémunération des services de santé assurés entre la province et les organisations provinciales représentant les médecins ou dentistes qui exercent dans la province;

b) le règlement des différends concernant la rémunération par, au choix des organisations provinciales compétentes visées à l'alinéa *a)*, soit la conciliation soit l'arbitrage obligatoire par un groupe représentant également les organisations provinciales et la province et ayant un président indépendant;

c) l'impossibilité de modifier la décision du groupe visé à l'alinéa *b)*, sauf par une loi de la province.

1984, ch. 6, art. 12.

CONDITIONS FOR CASH CONTRIBUTION

Conditions

13. In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5, the government of the province

(a) shall, at the times and in the manner prescribed by the regulations, provide the Minister with such information, of a type prescribed by the regulations, as the Minister may reasonably require for the purposes of this Act; and

(b) shall give recognition to the Canada Health and Social Transfer in any public documents, or in any advertising or promotional material, relating to insured health services and extended health care services in the province.

R.S., 1985, c. C-6, s. 13; 1995, c. 17, s. 37.

CONTRIBUTION PÉCUNIAIRE ASSUJETTIE À DES CONDITIONS

Obligations de la province

13. Le versement à une province de la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 est assujetti à l'obligation pour le gouvernement de la province :

a) de communiquer au ministre, selon les modalités de temps et autres prévues par les règlements, les renseignements du genre prévu aux règlements, dont celui-ci peut normalement avoir besoin pour l'application de la présente loi;

b) de faire état du Transfert dans tout document public ou toute publicité sur les services de santé assurés et les services complémentaires de santé dans la province.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 13; 1995, ch. 17, art. 37.

DEFAULTS

Referral to Governor in Council

14. *(1)* Subject to subsection *(3)*, where the Minister, after consultation in accordance with subsection *(2)* with the minister responsible for health care in a province, is of the opinion that

(a) the health care insurance plan of the province does not or has ceased to satisfy any one of the criteria described in sections 8 to 12, or

(b) the province has failed to comply with any condition set out in section 13,

and the province has not given an undertaking satisfactory to the Minister to remedy the default within a period that the Minister considers reasonable, the Minister shall refer the matter to the Governor in Council.

Consultation process

(2) Before referring a matter to the Governor in Council under subsection *(1)* in respect of a province, the Minister shall

(a) send by registered mail to the minister responsible for health care in the province a notice of concern with respect to any problem foreseen;

(b) seek any additional information available from the province with respect to the problem through bilateral discussions, and make a report to the province within ninety days after sending the notice of concern; and

(c) if requested by the province, meet within a reasonable period of time to discuss the report.

Where no consultation can be achieved

(3) The Minister may act without consultation under subsection *(1)* if the Minister is of the opinion that a sufficient time has expired after reasonable efforts to achieve consultation and that consultation will not be achieved.

1984, c. 6, s. 14.

MANQUEMENTS

Renvoi au gouverneur en conseil

14. *(1)* Sous réserve du paragraphe *(3)*, dans le cas où il estime, après avoir consulté conformément au paragraphe *(2)* son homologue chargé de la santé dans une province :

a) soit que le régime d'assurance-santé de la province ne satisfait pas ou plus aux conditions visées aux articles 8 à 12;

b) soit que la province ne s'est pas conformée aux conditions visées à l'article 13,

et que celle-ci ne s'est pas engagée de façon satisfaisante à remédier à la situation dans un délai suffisant, le ministre renvoie l'affaire au gouverneur en conseil.

Étapes de la consultation

(2) Avant de renvoyer une affaire au gouverneur en conseil conformément au paragraphe *(1)* relativement à une province, le ministre :

a) envoie par courrier recommandé à son homologue chargé de la santé dans la province un avis sur tout problème éventuel;

b) tente d'obtenir de la province, par discussions bilatérales, tout renseignement additionnel disponible sur le problème et fait rapport à la province dans les quatre-vingt-dix jours suivant l'envoi de l'avis;

c) si la province le lui demande, tient une réunion dans un délai acceptable afin de discuter du rapport.

Impossibilité de consultation

(3) Le ministre peut procéder au renvoi prévu au paragraphe *(1)* sans consultation préalable s'il conclut à l'impossibilité d'obtenir cette consultation malgré des efforts sérieux déployés à cette fin au cours d'un délai convenable.

1984, ch. 6, art. 14.

Order reducing or withholding contribution

15. *(1)* Where, on the referral of a matter under section 14, the Governor in Council is of the opinion that the health care insurance plan of a province does not or has ceased to satisfy any one of the criteria described in sections 8 to 12 or that a province has failed to comply with any condition set out in section 13, the Governor in Council may, by order,

(a) direct that any cash contribution to that province for a fiscal year be reduced, in respect of each default, by an amount that the Governor in Council considers to be appropriate, having regard to the gravity of the default; or

(b) where the Governor in Council considers it appropriate, direct that the whole of any cash contribution to that province for a fiscal year be withheld.

Amending orders

(2) The Governor in Council may, by order, repeal or amend any order made under subsection *(1)* where the Governor in Council is of the opinion that the repeal or amendment is warranted in the circumstances.

Notice of order

(3) A copy of each order made under this section together with a statement of any findings on which the order was based shall be sent forthwith by registered mail to the government of the province concerned and the Minister shall cause the order and statement to be laid before each House of Parliament on any of the first fifteen days on which that House is sitting after the order is made.

Commencement of order

(4) An order made under subsection *(1)* shall not come into force earlier than thirty days after a copy of the order has been sent to the government of the province concerned under subsection *(3)*.

R.S., 1985, c. C-6, s. 15; 1995, c. 17, s. 38.

Reimposition of reductions or withholdings

16. In the case of a continuing failure to satisfy any of the criteria described in sections 8 to 12 or to comply with any condition set out in section 13, any reduction or withholding under section 15 of a cash contribution to a province for a fiscal year shall be reimposed for each succeeding fiscal year as long as the Minister is satisfied, after consultation with the minister responsible for health care in the province, that the default is continuing.

R.S., 1985, c. C-6, s. 16; 1995, c. 17, s. 39.

When reduction or withholding imposed

17. Any reduction or withholding under section 15 or 16 of a cash contribution may be imposed in the fiscal year in which the default that gave rise to the reduction or withholding occurred or in the following fiscal year.

R.S., 1985, c. C-6, s. 17; 1995, c. 17, s. 39.

Décret de réduction ou de retenue

15. *(1)* Si l'affaire lui est renvoyée en vertu de l'article 14 et qu'il estime que le régime d'assurance-santé de la province ne satisfait pas ou plus aux conditions visées aux articles 8 à 12 ou que la province ne s'est pas conformée aux conditions visées à l'article 13, le gouverneur en conseil peut, par décret :

a) soit ordonner, pour chaque manquement, que la contribution pécuniaire d'un exercice à la province soit réduite du montant qu'il estime indiqué, compte tenu de la gravité du manquement;

b) soit, s'il l'estime indiqué, ordonner la retenue de la totalité de la contribution pécuniaire d'un exercice à la province.

Modification des décrets

(2) Le gouverneur en conseil peut, par décret, annuler ou modifier un décret pris en vertu du paragraphe *(1)* s'il l'estime justifié dans les circonstances.

Avis

(3) Le texte de chaque décret pris en vertu du présent article de même qu'un exposé des motifs sur lesquels il est fondé sont envoyés sans délai par courrier recommandé au gouvernement de la province concernée; le ministre fait déposer le texte du décret et celui de l'exposé devant chaque chambre du Parlement dans les quinze premiers jours de séance de celle-ci suivant la prise du décret.

Entrée en vigueur du décret

(4) Un décret pris en vertu du paragraphe *(1)* ne peut entrer en vigueur que trente jours après l'envoi au gouvernement de la province concernée du texte du décret aux termes du paragraphe *(3)*.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 15; 1995, ch. 17, art. 38.

Nouvelle application des réductions ou retenues

16. En cas de manquement continu aux conditions visées aux articles 8 à 12 ou à l'article 13, les réductions ou retenues de la contribution pécuniaire à une province déjà appliquées pour un exercice en vertu de l'article 15 lui sont appliquées de nouveau pour chaque exercice ultérieur où le ministre estime, après consultation de son homologue chargé de la santé dans la province, que le manquement se continue.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 16; 1995, ch. 17, art. 39.

Application aux exercices ultérieurs

17. Toute réduction ou retenue d'une contribution pécuniaire visée aux articles 15 ou 16 peut être appliquée pour l'exercice où le manquement à son origine a eu lieu ou pour l'exercice suivant.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 17; 1995, ch. 17, art. 39.

EXTRA-BILLING AND USER CHARGES

Extra-billing

18. In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5 for a fiscal year, no payments may be permitted by the province for that fiscal year under the health care insurance plan of the province in respect of insured health services that have been subject to extra-billing by medical practitioners or dentists.

1984, c. 6, s. 18.

User charges

19. *(1)* In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5 for a fiscal year, user charges must not be permitted by the province for that fiscal year under the health care insurance plan of the province.

Limitation

(2) Subsection *(1)* does not apply in respect of user charges for accommodation or meals provided to an in-patient who, in the opinion of the attending physician, requires chronic care and is more or less permanently resident in a hospital or other institution.

1984, c. 6, s. 19.

Deduction for extra-billing

20. *(1)* Where a province fails to comply with the condition set out in section 18, there shall be deducted from the cash contribution to the province for a fiscal year an amount that the Minister, on the basis of information provided in accordance with the regulations, determines to have been charged through extra-billing by medical practitioners or dentists in the province in that fiscal year or, where information is not provided in accordance with the regulations, an amount that the Minister estimates to have been so charged.

Deduction for user charges

(2) Where a province fails to comply with the condition set out in section 19, there shall be deducted from the cash contribution to the province for a fiscal year an amount that the Minister, on the basis of information provided in accordance with the regulations, determines to have been charged in the province in respect of user charges to which section 19 applies in that fiscal year or, where information is not provided in accordance with the regulations, an amount that the Minister estimates to have been so charged.

Consultation with province

(3) The Minister shall not estimate an amount under subsection *(1)* or *(2)* without first undertaking to consult the minister responsible for health care in the province concerned.

Separate accounting in Public Accounts

(4) Any amount deducted under subsection *(1)* or *(2)* from a cash contribution in any of the three consecutive fiscal years the first of which commences on April 1, 1984 shall be accounted for separately in respect of each province in the Public Accounts for each of those fiscal years in and after which the amount is deducted.

SURFACTURATION ET FRAIS MODÉRATEURS

Surfacturation

18. Une province n'a droit, pour un exercice, à la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 que si, aux termes de son régime d'assurance-santé, elle ne permet pas pour cet exercice le versement de montants à l'égard des services de santé assurés qui ont fait l'objet de surfacturation par les médecins ou les dentistes.

1984, ch. 6, art. 18.

Frais modérateurs

19. *(1)* Une province n'a droit, pour un exercice, à la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 que si, aux termes de son régime d'assurance-santé, elle ne permet pour cet exercice l'imposition d'aucuns frais modérateurs.

Réserve

(2) Le paragraphe *(1)* ne s'applique pas aux frais modérateurs imposés pour l'hébergement ou les repas fournis à une personne hospitalisée qui, de l'avis du médecin traitant, souffre d'une maladie chronique et séjourne de façon plus ou moins permanente à l'hôpital ou dans une autre institution.

1984, ch. 6, art. 19.

Déduction en cas de surfacturation

20. *(1)* Dans le cas où une province ne se conforme pas à la condition visée à l'article 18, il est déduit de la contribution pécuniaire à cette dernière pour un exercice un montant, déterminé par le ministre d'après les renseignements fournis conformément aux règlements, égal au total de la surfacturation effectuée par les médecins ou les dentistes dans la province pendant l'exercice ou, si les renseignements n'ont pas été fournis conformément aux règlements, un montant estimé par le ministre égal à ce total.

Déduction en cas de frais modérateurs

(2) Dans le cas où une province ne se conforme pas à la condition visée à l'article 19, il est déduit de la contribution pécuniaire à cette dernière pour un exercice un montant, déterminé par le ministre d'après les renseignements fournis conformément aux règlements, égal au total des frais modérateurs assujettis à l'article 19 imposés dans la province pendant l'exercice ou, si les renseignements n'ont pas été fournis conformément aux règlements, un montant estimé par le ministre égal à ce total.

Consultation de la province

(3) Avant d'estimer un montant visé au paragraphe *(1)* ou *(2)*, le ministre se charge de consulter son homologue responsable de la santé dans la province concernée.

Comptabilisation

(4) Les montants déduits d'une contribution pécuniaire en vertu des paragraphes *(1)* ou *(2)* pendant les trois exercices consécutifs dont le premier commence le 1er avril 1984 sont comptabilisés séparément pour chaque province dans les comptes publics pour chacun de ces exercices pendant et après lequel le montant a été déduit.

Refund to province

(5) Where, in any of the three fiscal years referred to in subsection *(4)*, extra-billing or user charges have, in the opinion of the Minister, been eliminated in a province, the total amount deducted in respect of extra-billing or user charges, as the case may be, shall be paid to the province.

Saving

(6) Nothing in this section restricts the power of the Governor in Council to make any order under section 15.

1984, c. 6, s. 20.

When deduction made

21. Any deduction from a cash contribution under section 20 may be made in the fiscal year in which the matter that gave rise to the deduction occurred or in the following two fiscal years.

1984, c. 6, s. 21.

REGULATIONS

Regulations

22. *(1)* Subject to this section, the Governor in Council may make regulations for the administration of this Act and for carrying its purposes and provisions into effect, including, without restricting the generality of the foregoing, regulations

(a) defining the services referred to in paragraphs *(a)* to *(d)* of the definition "extended health care services" in section 2;

(b) prescribing the services excluded from hospital services;

(c) prescribing the types of information that the Minister may require under paragraph 13*(a)* and the times at which and the manner in which that information shall be provided; and

(d) prescribing the manner in which recognition to the Canada Health and Social Transfer is required to be given under paragraph 13*(b)*.

Agreement of provinces

(2) Subject to subsection *(3)*, no regulation may be made under paragraph *(1)(a)* or *(b)* except with the agreement of each of the provinces.

Exception

(3) Subsection *(2)* does not apply in respect of regulations made under paragraph *(1)(a)* if they are substantially the same as regulations made under the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act*, as it read immediately before April 1, 1984.

Consultation with provinces

(4) No regulation may be made under paragraph *(1)(c)* or *(d)* unless the Minister has first consulted with the ministers responsible for health care in the provinces.

R.S., 1985, c. C-6, s. 22; 1995, c. 17, s. 40.

Remboursement à la province

(5) Si, de l'avis du ministre, la surfacturation ou les frais modérateurs ont été supprimés dans une province pendant l'un des trois exercices visés au paragraphe *(4)*, il est versé à cette dernière le montant total déduit à l'égard de la surfacturation ou des frais modérateurs, selon le cas.

Réserve

(6) Le présent article n'a pas pour effet de limiter le pouvoir du gouverneur en conseil de prendre le décret prévu à l'article 15.

1984, ch. 6, art. 20.

Application aux exercices ultérieurs

21. Toute déduction d'une contribution pécuniaire visée à l'article 20 peut être appliquée pour l'exercice où le fait à son origine a eu lieu ou pour les deux exercices suivants.

1984, ch. 6, art. 21.

RÈGLEMENTS

Règlements

22. *(1)* Sous réserve des autres dispositions du présent article, le gouverneur en conseil peut, par règlement, prendre toute mesure d'application de la présente loi et, notamment :

a) définir les services visés aux alinéas *a)* à *d)* de la définition de « services complémentaires de santé » à l'article 2;

b) déterminer les services exclus des services hospitaliers;

c) déterminer les genres de renseignements dont peut avoir besoin le ministre en vertu de l'alinéa 13*a)* et fixer les modalités de temps et autres de leur communication;

d) prévoir la façon dont il doit être fait état du Transfert en vertu de l'alinéa 13*b)*.

Consentement des provinces

(2) Sous réserve du paragraphe *(3)*, il ne peut être pris de règlements en vertu des alinéas *(1)a)* ou *b)* qu'avec l'accord de chaque province.

Exception

(3) Le paragraphe *(2)* ne s'applique pas aux règlements pris en vertu de l'alinéa *(1)a)* s'ils sont sensiblement comparables aux règlements pris en vertu de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*, dans sa version précédant immédiatement le 1er avril 1984.

Consultation des provinces

(4) Il ne peut être pris de règlements en vertu des alinéas *(1)c)* ou *d)* que si le ministre a au préalable consulté ses homologues chargés de la santé dans les provinces.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 22; 1995, ch. 17, art. 40.

REPORT TO PARLIAMENT

Annual report by Minister

23. The Minister shall, as soon as possible after the termination of each fiscal year and in any event not later than December 31 of the next fiscal year, make a report respecting the administration and operation of this Act for that fiscal year, including all relevant information on the extent to which provincial health care insurance plans have satisfied the criteria, and the extent to which the provinces have satisfied the conditions, for payment under this Act and shall cause the report to be laid before each House of Parliament on any of the first fifteen days on which that House is sitting after the report is completed.

1984, c. 6, s. 23.

RAPPORT AU PARLEMENT

Rapport annuel du ministre

23. Au plus tard pour le 31 décembre de chaque année, le ministre établit dans les meilleurs délais un rapport sur l'application de la présente loi au cours du précédent exercice, en y incluant notamment tous les renseignements pertinents sur la mesure dans laquelle les régimes provinciaux d'assurance-santé et les provinces ont satisfait aux conditions d'octroi et de versement prévues à la présente loi; le ministre fait déposer le rapport devant chaque chambre du Parlement dans les quinze premiers jours de séance de celle-ci suivant son achèvement.

1984, ch. 6, art. 23.

OFFICE CONSOLIDATION

Extra-billing and User Charges Information Regulations

SOR/86-259

CODIFICATION ADMINISTRATIVE

Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs

DORS/86-259

WARNING NOTE

Users of this office consolidation are reminded that it is prepared for convenience of reference only and that, as such, it has no official sanction.

AVERTISSEMENT

La présente codification administrative n'est préparée que pour la commodité du lecteur et n'a aucune valeur officielle.

REGULATIONS PRESCRIBING THE TYPES OF INFORMATION THAT THE MINISTER OF NATIONAL HEALTH AND WELFARE MAY REQUIRE UNDER PARAGRAPH 13*(a)* OF THE CANADA HEALTH ACT IN RESPECT OF EXTRA-BILLING AND USER CHARGES AND THE TIMES AT WHICH AND THE MANNER IN WHICH SUCH INFORMATION SHALL BE PROVIDED BY THE GOVERNMENT OF EACH PROVINCE

SHORT TITLE

1. These Regulations may be cited as the Extra-billing and User Charges Information Regulations.

INTERPRETATION

2. In these Regulations,

"Act" means the Canada Health Act; (*Loi*)

"Minister" means the Minister of National Health and Welfare; (*ministre*)

"fiscal year" means the period beginning on April 1 in one year and ending on March 31 in the following year. (*exercice*)

TYPES OF INFORMATION

3. For the purposes of paragraph 13*(a)* of the Act, the Minister may require the government of a province to provide the Minister with information of the following types with respect to extra-billing in the province in a fiscal year:

(a) an estimate of the aggregate amount that, at the time the estimate is made, is expected to be charged through extra-billing, including an explanation regarding the method of determination of the estimate; and

(b) a financial statement showing the aggregate amount actually charged through extra-billing, including an explanation regarding the method of determination of the aggregate amount.

4. For the purposes of paragraph 13*(a)* of the Act, the Minister may require the government of a province to provide the Minister with information of the following types with respect to user charges in the province in a fiscal year:

(a) an estimate of the aggregate amount that, at the time the estimate is made, is expected to be charged in respect of user charges to which section 19 of the Act applies, including an explanation regarding the method of determination of the estimate; and

(b) a financial statement showing the aggregate amount actually charged in respect of user charges to which section 19 of the Act applies, including an explanation regarding the method of determination of the aggregate amount.

RÈGLEMENT DÉTERMINANT LES GENRES DE RENSEIGNEMENTS DONT PEUT AVOIR BESOIN LE MINISTRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL EN VERTU DE L'ALINÉA 13*a)* DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ QUANT À LA SURFACTURATION ET AUX FRAIS MODÉRATEURS ET FIXANT LES MODALITÉS DE TEMPS ET LES AUTRES MODALITÉS DE LEUR COMMUNICATION PAR LE GOUVERNEMENT DE CHAQUE PROVINCE

TITRE ABRÉGÉ

1. Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs.

DÉFINITIONS

2. Les définitions qui suivent s'appliquent au présent règlement.

« exercice » La période commençant le 1er avril d'une année et se terminant le 31 mars de l'année suivante. (*fiscal year*)

« Loi » *La Loi canadienne sur la santé*. (*Act*)

« ministre » Le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. (*Minister*)

GENRE DE RENSEIGNEMENTS

3. Pour l'application de l'alinéa 13*a)* de la Loi, le ministre peut exiger que le gouvernement d'une province lui fournisse les renseignements suivants sur les montants de la surfacturation pratiquée dans la province au cours d'un exercice :

a) une estimation du montant total de la surfacturation, à la date de l'estimation, accompagnée d'une explication de la façon dont cette estimation a été obtenue;

b) un état financier indiquant le montant total de la surfacturation effectivement imposée, accompagné d'une explication de la façon dont cet état a été établi.

4. Pour l'application de l'alinéa 13*a)* de la Loi, le ministre peut exiger que le gouvernement d'une province lui fournisse les renseignements suivants sur les montants des frais modérateurs imposés dans la province au cours d'un exercice :

a) une estimation du montant total, à la date de l'estimation, des frais modérateurs visés à l'article 19 de la Loi, accompagnée d'une explication de la façon dont cette estimation a été obtenue;

b) un état financier indiquant le montant total des frais modérateurs visés à l'article 19 de la Loi effectivement imposés dans la province, accompagné d'une explication de la façon dont le bilan a été établi.

TIMES AND MANNER OF FILING INFORMATION

5. *(1)* The government of a province shall provide the Minister with such information, of the types prescribed by sections 3 and 4, as the Minister may reasonably require, at the following times:

(a) in respect of the estimates referred to in paragraphs 3*(a)* and 4*(a)*, before April 1 of the fiscal year to which they relate; and

(b) in respect of the financial statements referred to in paragraphs 3*(b)* and 4*(b)*, before the sixteenth day of the twenty-first month following the end of the fiscal year to which they relate.

(2) The government of a province may, at its discretion, provide the Minister with adjustments to the estimates referred to in paragraphs 3*(a)* and 4*(a)* before February 16 of the fiscal year to which they relate.

(3) The information referred to in subsections *(1)* and *(2)* shall be transmitted to the Minister by the most practical means of communication.

COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS

5. *(1)* Le gouvernement d'une province doit communiquer au ministre les renseignements visés aux articles 3 et 4, dont le ministre peut normalement avoir besoin, selon l'échéancier suivant :

a) pour les estimations visées aux alinéas 3*a)* et 4*a)*, avant le 1er avril de l'exercice visé par ces estimations;

b) pour les états financiers visés aux alinéas 3*b)* et 4*b)*, avant le seizième jour du vingt et unième mois qui suit la fin de l'exercice visé par ces états.

(2) Le gouvernement d'une province peut, à sa discrétion, fournir au ministre des ajustements aux estimations prévues aux alinéas 3*a)* et 4*a)*, avant le 16 février de l'année financière visée par ces estimations.

(3) Les renseignements visés aux paragraphes *(1)* et *(2)* doivent être expédiés au ministre par le moyen de communication le plus pratique.

ANNEXE B

Énoncés de politiques liées à la Loi canadienne sur la santé

Il existe deux énoncés de politiques qui précisent la position du gouvernement fédéral concernant la *Loi canadienne sur la santé*. Ces énoncés ont été présentés sous forme de lettres ministérielles par d'anciens ministres fédéraux de la Santé à leurs homologues provinciaux et territoriaux.

Lettre « Epp »

En juin 1985, environ un an après l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* au Parlement, le ministre fédéral de la Santé d'alors, Jake Epp, écrivait à ses homologues provinciaux et territoriaux afin de leur exposer et de confirmer la position fédérale sur l'interprétation et la mise en œuvre de la *Loi canadienne sur la santé*.

La lettre du ministre Epp faisait suite à plusieurs mois de consultations avec les provinces et les territoires. La lettre présente les énoncés de politique générale fédérale qui clarifient les critères, les conditions et les dispositions réglementaires de la LCS. Ces éclaircissements ont été utilisés par le gouvernement fédéral dans l'évaluation et l'interprétation de la conformité à la *Loi*. La lettre Epp demeure une référence importante pour l'interprétation de la *Loi*.

Politique fédérale sur les cliniques privées

Entre février et décembre 1994 a eu lieu une série de sept réunions fédérales-provinciales-territoriales portant uniquement ou en partie sur les établissements privés. Il était question de la multiplication des cliniques privées offrant des services médicalement nécessaires financés en partie par le système public et en partie par les patients, et de leurs conséquences sur le système canadien de soins de santé universel et financé par l'État.

Lors de la réunion fédérale-provinciale-territoriale des ministres de la Santé, tenue à Halifax en septembre 1994, tous les ministres présents, à l'exception de celui de l'Alberta, ont convenu de « prendre les mesures qui s'imposaient pour réglementer le développement des cliniques privées au Canada ».

Le 6 janvier 1995, la ministre de la Santé, Diane Marleau, a écrit aux ministres provinciaux et territoriaux de la Santé pour annoncer la nouvelle politique fédérale sur les cliniques privées. La lettre de la ministre présentait l'interprétation fédérale de la *Loi canadienne sur la santé* en ce qui concerne l'imposition directe de frais d'établissement aux patients qui reçoivent des services médicaux nécessaires dans une clinique privée. La lettre stipulait aussi que la définition d'« hôpital » de la *Loi canadienne sur la santé* comprend tout établissement public qui offre des soins actifs, de longue durée et de réadaptation. Ainsi, lorsqu'un régime provincial ou territorial d'assurance-santé paye les honoraires d'un médecin pour un service médicalement nécessaire offert dans une clinique privée, il doit également payer les frais d'établissement ou s'attendre à ce qu'une retenue soit faite sur les paiements de transfert du gouvernement fédéral.

[Voici le texte de la lettre envoyée le 15 juillet 1985 au ministre des Affaires sociales du Québec par l'honorable Jake Epp, ministre de la Santé et du Bien-être social. (Nota : le ministre Epp a envoyé une lettre identique en anglais aux autres ministres provinciaux et territoriaux de la Santé le 18 juin 1985.)]

Le 15 juillet 1985

OTTAWA, K1A 0K9

Monsieur le Ministre,

Maintenant que j'ai terminé ma ronde de consultations bilatérales au cours des derniers mois avec les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé, de même que lors de la rencontre de Winnipeg les 16 et 17 mai, j'aimerais confirmer mes intentions relativement à l'interprétation et à la mise en œuvre de la *Loi canadienne sur la santé*. J'apprécierais plus particulièrement que vous me fassiez connaître par écrit vos vues au sujet des projets de règlements ci-joints afin que je puisse prendre les mesures nécessaires pour assurer leur promulgation dès que possible. Aussi, je vous écrirai plus longuement concernant les informations dont j'aurai besoin pour préparer le rapport annuel que je dois soumettre au Parlement.

Tel que souligné lors de notre réunion à Winnipeg, j'entends respecter la compétence des provinces pour tout ce qui touche à la santé et à la prestation des services de santé. Je sais, par conviction et par expérience, qu'on peut accomplir davantage dans l'harmonie et la collaboration que dans la discorde et l'affrontement.

En ce qui a trait à la *Loi canadienne sur la santé*, la conclusion qui s'impose à moi, à la suite de nos entretiens, c'est que nous sommes tous au même titre les dépositaires de la confiance du public et que nous nous sommes tous promis de conserver un système d'assurance-santé universel, complet, accessible et transférable, géré par un organisme public à l'avantage de tous les habitants du Canada, et que nous allons l'améliorer si c'est possible.

Nos échanges ont renforcé la conviction que j'avais déjà, à savoir que vous avez besoin de suffisamment de latitude et de souplesse administrative pour faire fonctionner vos régimes d'assurance-santé. Vous connaissez bien mieux que moi les besoins et les priorités des habitants de vos provinces par rapport aux facteurs géographiques et économiques. Il est essentiel, par ailleurs, que les provinces assument la responsabilité qui leur incombe en premier d'assurer les services de santé.

J'ai eu en même temps le sentiment que les provinces désirent que le gouvernement fédéral continue de jouer un rôle concret, tant sur le plan monétaire qu'autrement, afin de les aider dans leurs efforts pour tenter de réaliser les objectifs fondamentaux du système de soins: protéger, favoriser et restaurer le bien-être physique et mental des Canadiens. En tant que groupe, les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé acceptent l'existence d'une association coopérative avec le gouvernement fédéral basée d'abord sur les contributions que ce dernier verse au titre des soins et des services complémentaires de santé assurés.

Je dirais peut-être aussi que la *Loi canadienne sur la santé* ne constitue pas la réponse aux défis devant lesquels nous nous trouvons pour ce qui est de l'appareil de santé. Il me tarde de travailler avec vous dans un esprit de collaboration afin que nous puissions relever des défis comme l'évolution rapide de la technologie médicale et le vieillissement de la population, et que nous arrivions à définir des stratégies de promotion de la santé ainsi que d'autres formules pour assurer les soins.

Pour revenir à la tâche immédiate que représente l'application de la *Loi canadienne sur la santé*, je veux établir quelques énoncés raisonnablement complets de politique générale fédérale, à commencer par chacun des critères contenus dans la mesure législative.

Gestion publique

Le critère de la gestion publique est généralement accepté. Le but est de laisser la gestion des régimes provinciaux d'assurance-santé à une autorité publique, responsable devant le gouvernement provincial des décisions prises au sujet des seuils de prestations et des services, et assujettie à la vérification de ses dossiers et de ses comptes par une autorité publique.

Intégralité

La *Loi canadienne sur la santé* n'a pas pour but d'étendre ou de réduire la gamme de services assurés prévue dans l'ancienne législation fédérale. Sont compris dans les services assurés les soins hospitaliers nécessaires de l'avis d'un médecin, les services médicaux et les services de chirurgie dentaire qui doivent obligatoirement être dispensés à l'hôpital. Les régimes provinciaux doivent couvrir le coût des services aux malades hospitalisés et des services aux malades externes associés à la prestation des soins actifs, des soins de réadaptation et des soins aux malades chroniques. Pour ce qui est des services médicaux, les services assurés englobent généralement les services exigés pour des raisons médicales dispensés par des médecins autorisés de même que les interventions de chirurgie dentaire qui exigent l'hôpital pour être pratiquées comme il se doit. Les services dispensés par les autres professionnels des soins, sauf ceux qui doivent fournir les services hospitaliers nécessaires, ne sont pas assujettis aux critères de la loi.

À l'intérieur de ces paramètres généraux, les provinces, de même que les médecins, ont le privilège et aussi la responsabilité de dire en quoi consistent les services médicaux nécessaires pour des raisons médicales. Ce sont aussi les provinces qui déterminent quels hôpitaux et quels services hospitaliers sont exigés pour fournir les soins actifs, les soins de réadaptation ou les soins aux malades chroniques.

Universalité

Le but de la *Loi canadienne sur la santé* est de garantir que tous les habitants reconnus d'une province on droit à la protection et aux prestations en vertu d'un des douze régimes provinciaux ou territoriaux d'assurance-santé. Cependant les résidents éligibles ont la latitude et peuvent élire de ne pas adhérer au régime provincial.

L'accord sur l'admissibilité et la transférabilité fournit des directives utiles pour établir le domicile et déterminer les modalités qui permettent d'obtenir et de conserver la protection. Les dispositions en sont compatibles avec celles de la loi.

Je veux dire quelques mots au sujet des primes. Les provinces ont incontestablement le droit de prélever des impôts et la *Loi canadienne sur la santé* n'entrave pas ce droit. La loi n'interdit pas le système de primes en soi, pourvu que le régime provincial d'assurance-santé soit appliqué et géré de manière à ne pas refuser la protection ou empêcher l'accès aux services hospitaliers et aux services médicaux nécessaires pour les habitants reconnus d'une province. Les modalités administratives devraient être telles que les habitants ne soient pas privés de la protection parce qu'ils sont incapables de payer les primes.

Je suis conscient des problèmes auxquels font face certaines provinces dans le cas des touristes et des visiteurs qui peuvent avoir besoin de services de santé pendant leur séjour au Canada. Avec mes collègues du Cabinet, le ministre des Affaires extérieures et la ministre de l'Emploi et de l'Immigration, je veux effectuer un examen de ce qui se fait actuellement pour que tous les moyens soient pris afin d'informer les visiteurs éventuels de la nécessité de se protéger en se procurant une assurance-santé suffisante avant d'entrer au Canada.

En somme, je crois qu'en notre qualité de ministres de la Santé, nous avons tous l'obligation de poursuivre l'objectif, autrement dit, faire en sorte que toutes les personnes dûment domiciliées dans une province obtiennent et conservent le droit aux services assurés, et cela selon des modalités uniformes.

Transférabilité

Les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la transférabilité visent à fournir aux assurés une protection ininterrompue en vertu de leur régime d'assurance-santé quand ils s'absentent temporairement de la province où ils sont domiciliés ou quand ils se déplacent d'une province à une autre. Pendant un séjour temporaire dans une autre province, les habitants reconnus d'une province ne devraient pas être obligés de payer de leur poche pour obtenir les services hospitaliers ou médicaux nécessaires. Les fournisseurs de soins devraient avoir l'assurance de toucher des montants raisonnables à l'égard du coût de ces services.

Quant aux services assurés reçus pendant un séjour à l'étranger, le but est de garantir une indemnisation raisonnable au titre des services hospitaliers ou médicaux d'urgence qui sont nécessaires ou des services prescrits qui n'existent pas dans une province ou dans les provinces voisines. En général, les formules de paiement rattachées aux indemnités qui auraient été versées au titre des mêmes services dispensés dans une province pourraient être acceptées pour les besoins de la *Loi canadienne sur la santé*.

Dans mes entretiens avec les ministres provinciaux et territoriaux, j'ai senti un désir d'arriver aux objectifs souhaités en matière de transférabilité et de réduire au minimum les difficultés que les Canadiens peuvent rencontrer quand ils se déplacent au Canada. Je crois que les ministres de la Santé des provinces et des territoires sont tous désireux de voir à ce que ces services soient fournis de façon plus efficace et d'une manière plus économique pour que les Canadiens puissent conserver leur protection d'assurance-santé ou obtenir les prestations ou les services sans empêchement indu.

Des progrès appréciables ont été réalisés ces dernières années grâce aux accords de réciprocité qui permettent d'atteindre les objectifs de transférabilité visés par la *Loi canadienne sur la santé* en ce qui a trait à la protection à l'intérieur du Canada. Ces accords ne font pas obstacle aux droits et privilèges des provinces quand il s'agit de déterminer quels sont les services rendus dans une autre province et d'en prévoir l'indemnisation. Ils n'empêchent pas non plus les provinces d'exercer un contrôle raisonnable par le moyen de l'approbation préalable des interventions facultatives. Mais je reconnais qu'il y a encore du travail à faire relativement aux modalités de paiement entre les provinces pour atteindre cet objectif, surtout par rapport aux services des médecins.

Je suis bien conscient que toutes les difficultés ne peuvent être résolues du jour au lendemain et qu'il faudra allouer assez de temps pour que les régimes provinciaux arrivent à ne pas exiger de frais directs des malades pour les services hospitaliers et les services médicaux nécessaires fournis dans les autres provinces.

Quant aux services nécessaires fournis à l'étranger, j'ai confiance que nous pouvons établir des normes acceptables d'indemnisation au titre des services médicaux et des services hospitaliers essentiels. La *Loi* ne définit pas de formule particulière et je serais heureux de connaître vos vues à ce sujet. Pour que nos efforts s'harmonisent, je proposerais de demander au Comité consultatif fédéral-provincial des services

médicaux et des services en établissement d'examiner différentes possibilités et de présenter d'ici un an des solutions pour atteindre ces objectifs.

Accessibilité raisonnable

La *Loi* est assez claire à l'égard de certains aspects de l'accessibilité. Ce qu'elle cherche à faire, c'est de décourager la pratique voulant que des frais soient exigés sur-le-champ pour les services assurés fournis aux assurés et d'empêcher que s'exercent de fâcheuses distinctions à l'égard d'un groupe de population en ce qui a trait à la facturation des services ou de l'usage nécessaire des services assurés. La *Loi* met en même temps l'accent sur l'association qui doit exister entre les fournisseurs des services assurés et les gestionnaires des régimes provinciaux, exigeant que les régimes provinciaux comportent des mécanismes raisonnables de paiement ou d'indemnisation pour que les usagers aient un accès raisonnable aux services. Je veux souligner de nouveau mon intention de respecter les privilèges des provinces relativement à l'organisation, à l'émission d'un permis d'exercice, à l'offre, à la répartition de la main-d'œuvre, ainsi qu'à l'affectation des ressources et aux priorités dans le cas des services assurés. Je tiens à vous assurer que le gouvernement fédéral ne recourra pas à la disposition relative à l'accès raisonnable pour intervenir directement dans des questions comme l'existence matérielle ou géographique des services ou la régie par les provinces des établissements et des professions qui fournissent les services assurés. Les grandes questions ayant trait à l'accès aux services de santé me seront inévitablement signalées. Je veux vous donner l'assurance que mon Ministère travaillera par l'intermédiaire des bureaux des ministres provinciaux et territoriaux, et de concert avec eux, afin de régler ces questions.

Mon but en vous faisant part de mes intentions au sujet des critères contenus dans la *Loi canadienne sur la santé*, c'est de nous permettre de travailler ensemble à définir notre système national d'assurance-santé. Je crois que si nous poursuivons le dialogue, si nous sommes favorables à l'idée d'échanger des renseignements et que nous voulons le faire, et si nous comprenons bien de part et d'autre les règles du jeu, nous pouvons mettre en œuvre la *Loi* sans animosité et sans conflit.

Je préférerais que les ministres provinciaux et territoriaux aient eux-mêmes une possibilité d'interpréter les critères de la *Loi canadienne sur la santé* et de les appliquer à leurs régimes d'assurance-santé respectifs. Je crois également que les ministres de la Santé des provinces et des territoires comprennent et acceptent tous que j'ai des comptes à rendre au Parlement du Canada, et que je dois notamment présenter tous les ans un rapport sur le fonctionnement des régimes provinciaux d'assurance-santé en ce qui a trait au respect de ces critères fondamentaux.

Conditions

Cela m'amène aux conditions relatives à l'obligation de reconnaître les contributions fédérales et à celles de fournir des renseignements, l'une et l'autre pouvant être précisées dans le règlement. À ce propos, je veux me guider sur les principes suivants :

1. faire le moins de règlements possibles et seulement si c'est absolument nécessaire;
2. compter sur la bonne volonté des ministres pour reconnaître comme il se doit le rôle et la contribution du gouvernement fédéral et pour fournir de plein gré les renseignements nécessaires afin d'exécuter la loi et de faire rapport au Parlement;

3. recourir à la concertation et à l'échange de renseignements qui nous profitent mutuellement comme moyens privilégiés pour mettre en œuvre et faire appliquer la *Loi canadienne sur la santé*;
4. utiliser les mécanismes qui existent déjà pour échanger des renseignements à l'avantage mutuel de nos administrations.

En ce qui a trait à la reconnaissance des contributions fédérales à la santé par les gouvernements provinciaux et territoriaux, je suis convaincu que nous pouvons normalement arriver sans peine à nous entendre sur la solution appropriée. À mon avis, la meilleure formule, c'est de montrer qu'en tant que ministres de la Santé, nous travaillons ensemble dans l'intérêt du contribuable et du malade.

À l'égard de l'information, je m'en tiens à l'engagement que j'ai pris d'améliorer si possible les systèmes nationaux de données déjà en place, et cela dans un esprit de collaboration et de coopération. Ces systèmes servent à plus d'une fin et fournissent au gouvernement fédéral aussi bien qu'aux autres organismes et au grand public des données essentielles sur notre appareil de soins et l'état de santé de notre population. J'entrevois la poursuite d'un travail en association qui permettra d'améliorer les systèmes d'information sanitaire dans des domaines comme les taux de morbidité et de mortalité, l'état de santé, le fonctionnement des services de santé et leur utilisation, le coût et le financement des soins.

Je crois fermement que le gouvernement fédéral n'a pas besoin de réglementer ces questions. Je n'ai donc pas l'intention de recourir au pouvoir de réglementation pour ce qui est des renseignements exigés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* quand il s'agit d'étendre ou de modifier les systèmes généraux de données et les échanges de renseignements. Afin que l'information relative à la *Loi canadienne sur la santé* circule le plus économiquement possible, je vois seulement deux mécanismes particuliers, et essentiels, de transfert des données :

1. des estimations et des bilans sur la surfacturation et les frais modérateurs;
2. un bilan provincial annuel (peut-être sous la forme d'une lettre qui me sera envoyée) à présenter à peu près six mois après la fin de l'exercice financier, décrivant le fonctionnement des régimes provinciaux respectifs d'assurance-santé par rapport aux critères et aux conditions de la *Loi canadienne sur la santé.*

Au sujet du premier point, je propose d'établir des règlements dont le contenu sera identique à celui des règlements qui ont été acceptés pour 1985-86. Vous trouverez un projet de règlements joint à titre d'annexe I. Pour aider à préparer le bilan provincial annuel auquel je fais allusion au deuxième point, j'ai élaboré des directives générales qui constituent l'annexe II. Au-delà de ces documents bien précis, j'ai confiance que l'échange spontané et mutuellement bénéfique d'éléments tels que les lois, les règlements et les descriptions de programmes se poursuivra.

Une question a été soulevée au cours de nos entretiens antérieurs que nous avons eus au début, à savoir si les estimations ou les retenues en ce qui a trait aux frais modérateurs et à la surfacturation devraient être fondées sur les « montants facturés » ou sur les « montants perçus ». La *Loi* établit clairement que les retenues doivent être basées sur les montants facturés. Or, en ce qui a trait aux frais modérateurs, des régimes provinciaux acquittent les frais indirectement pour certaines personnes. Lorsqu'il est nettement démontré qu'un régime provincial rembourse aux fournisseurs de soins le montant facturé mais ne le perçoit pas, disons à l'égard des bénéficiaires de l'aide sociale ou dans le cas des comptes impayés, il faudra rajuster en conséquence les estimations et les retenues.

Je veux insister sur le fait que lorsqu'un régime provincial n'autorise pas les frais modérateurs, tout le système doit être conforme au but du critère de l'accessibilité raisonnable énoncé [dans cette lettre].

Règlements

En plus de ceux qui visent la reconnaissance du rôle fédéral et les renseignements à fournir, dont il est question précédemment, la loi prévoit l'établissement de règlements ayant rapport aux services hospitaliers exclus et de règlements relatifs à la définition des services complémentaires de santé.

Vous êtes au courant que la loi spécifie que chacune des provinces doit être consultée et qu'il doit y avoir entente au sujet des règlements. Les discussions que j'ai eues avec vous n'ont fait ressortir que certaines inquiétudes au sujet de l'ensemble provisoire de services exclus des règlements sur les services hospitaliers, ci-joint.

De même, je n'ai pas perçu d'inquiétude au sujet du projet de règlements qui définit les services complémentaires de santé. Ces règlements aident à fournir des précisions pour que les provinces puissent interpréter la loi et gérer les régimes et programmes en cours. Ils ne modifient pas sensiblement ou en substance ceux qui ont été en vigueur pendant huit ans en vertu de la partie IV de la *Loi* de 1977 sur les contributions à l'enseignement postsecondaire et à la santé. Il se pourrait bien, cependant, quand nous commencerons à examiner les défis à relever dans le domaine des soins, que nous devions songer à revoir ces définitions.

J'ai voulu par cette lettre essayer d'établir des règles de base souples, raisonnables et claires pour faciliter à l'échelon provincial, aussi bien qu'à l'échelon fédéral, l'administration de la *Loi canadienne sur la santé*. J'ai voulu englober beaucoup de questions, dont l'interprétation des critères, la position fédérale au sujet des conditions et les projets de règlements. Je suis évidemment conscient qu'une lettre de cette sorte ne peut pas traiter de chacun des points qui préoccupent chaque ministre de la Santé. Il est donc essentiel qu'un dialogue et que la communication se poursuivent.

En terminant, laissez-moi vous remercier de l'aide que vous avez apportée pour en arriver à ce que je crois être un point de vue généralement accepté en ce qui a trait à l'interprétation et à l'application de la *Loi*. Tel que mentionné au début de cette lettre, je vous saurais gré de me signaler par écrit, sous peu vos vues sur les projets de règlements ci-joints. J'ai l'intention de vous écrire bientôt au sujet de l'échange volontaire de renseignements dont nous avons discuté, relativement à l'administration de la *Loi* et du rapport à présenter au Parlement.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma considération distinguée.

Jake Epp

[Voici le texte de la lettre envoyée le 6 janvier 1995 à tous les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé par l'honorable Diane Marleau, ministre de la Santé.]

January 6, 1995

Cher collègue,

Objet : la *Loi canadienne sur la santé*

La *Loi canadienne sur la santé* est en vigueur depuis un peu plus d'une décennie. Les principes énoncés dans la loi (gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité) continuent d'être appuyés par tous les gouvernements provinciaux et territoriaux et par la grande majorité des Canadiens et des Canadiennes. Mais l'érosion possible du système de santé canadien administré et financé par le secteur public suscite des craintes, et il est essentiel de prendre les moyens nécessaires pour préserver ces principes.

Il est clair à la suite de la réunion de Halifax tenue récemment, que plusieurs ministres de la Santé sont préoccupés par une tendance à interpréter la *Loi de façons divergentes*. J'aborderai d'autres questions à la fin de la présente lettre à cet égard. Toutefois, ma préoccupation principale concerne les cliniques privées et les frais d'établissement qu'elles perçoivent auprès de leurs patients. C'est un problème qui n'est pas nouveau pour les ministres de la Santé. Il a fait l'objet d'importantes discussions lors de note réunion à Halifax l'an dernier. Pour les raisons que j'expose dans cette lettre, je suis convaincue que la prolifération d'un « second palier » d'établissements, exploités entièrement ou dans une large mesure en dehors du système de santé administré et financé par des fonds publics, et dispensant des services médicalement nécessaires, constitue une menace sérieuse pour le système de soins de santé du Canada.

Plus précisément, et plus directement, je considère que les frais d'établissement exigés par les cliniques privées pour des services médicalement nécessaires représentent un problème sérieux qui doit être réglé. Selon moi, de tels frais constituent des frais modérateurs et à ce titre, ils contreviennent au principe de l'accessibilité de la *Loi canadienne sur la santé*.

Bien que ces frais d'établissement ne soient pas définis dans la loi fédérale, ni dans les dispositions législatives de la plupart des provinces, ce terme renvoie aux montants d'argent qui peuvent être exigés pour des services de type hospitalier dispensés en clinique et qui ne sont pas remboursés par la province, par opposition aux services fournis par un médecin. Lorsque ces frais d'établissement sont imposés pour des services médicalement nécessaires dispensés dans une clinique qui reçoit, par ailleurs, en vertu du régime d'assurance-santé de la province, des fonds publics pour la prestation de ces services, ces frais constituent un obstacle financier à l'accessibilité des services. Ils enfreignent par conséquent la disposition de la loi relative aux frais modérateurs (article 19).

Les frais d'établissement sont, à mon avis, inacceptables parce qu'ils limitent l'accès aux services médicalement nécessaires.

De plus, lorsque des cliniques qui reçoivent des fonds publics pour dispenser des services médicalement nécessaires exigent en supplément des frais d'établissement, les personnes qui ont les moyens de payer de

tels frais sont directement subventionnées par tous les autres Canadiens et Canadiennes. Il m'apparaît tout à fait inacceptable de subventionner de la sorte un système de santé à deux paliers.

Ma position sur les frais d'établissement repose sur deux arguments. Le premier touche la politique en matière de santé. Dans le contexte actuel de la prestation des services de santé, une interprétation qui permet l'imposition de frais d'établissement pour des services médicalement nécessaires alors que le régime d'assurance-santé de la province couvre les honoraires du médecin va à l'encontre de l'esprit et de l'objet de la *Loi*. Autrefois, de nombreux services médicaux exigeaient an séjour à l'hôpital; maintenant, grâce aux progrès de la technologie médicale et à la tendance à dispenser des services dans des endroits plus accessibles, il est possible d'offrir une vaste gamme de soins ou de services ambulatoires à l'extérieur du cadre hospitalier traditionnel. Le critère de la loi relatif à l'accessibilité, critère dont la disposition sur les frais modérateurs ne constitue qu'un exemple, avait, de toute évidence, pour objet de veiller à ce que les résidents du Canada reçoivent tous les services de santé médicalement nécessaires, sans obstacle financier ou autre, et quel que soit l'endroit où ces services sont dispensés. Ce critère doit conserver son sens initial quelle que soit la façon dont l'exercice de la médecine évolue.

Le deuxième argument relève de l'interprétation juridique. La définition du terme « hôpital » prévue dans la loi comprend tout établissement qui offre des soins hospitaliers aux personnes souffrant de maladie aiguë ou chronique ou exigeant des services de réadaptation. Cette définition couvre aussi les établissements de soins de santé connus sous le nom de « clinique ». Pour des raisons touchant à la fois la politique et l'interprétation juridique, je considère donc que lorsqu'un régime d'assurance-santé provincial prévoit le paiement d'honoraires de médecin pour des services médicalement nécessaires dispensés dans une clinique, il doit également prévoir le paiement des services (hospitaliers) connexes associés à la prestation de ces services, sans quoi la province en question devra s'attendre à l'application de déductions correspondant au total des frais modérateurs.

Je me rends bien compte que cette interprétation nécessitera certaines modifications, particulièrement dans les provinces où des cliniques exigent actuellement des frais d'établissement applicables à des services de santé médicalement nécessaires. Afin d'éviter des difficultés qui pourraient être jugées déraisonnables, je fixe au 15 octobre 1995 la date de mise en application de cette interprétation. Les provinces disposeront ainsi du temps requis pour mettre en place les dispositions législatives ou réglementaires qui s'imposent. À compter du 15 octobre 1995, toutefois, je commencerai à déduire des paiements de transfert toute somme exigée pour des frais d'établissement lorsque des services de santé médicalement nécessaires sont en cause, comme le prévoit l'article 20 de la *Loi canadienne sur la santé*. À mon avis, les provinces bénéficieront ainsi d'une période de transition raisonnable étant donné qu'elles sont maintenant saisies de mes préoccupations concernant les cliniques privées, et compte tenu des progrès déjà réalisés par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur les services de santé qui se penche sur la question des cliniques privées depuis déjà un bon moment.

Je tiens à préciser que je ne cherche pas à empêcher l'utilisation de cliniques pour dispenser des services de santé médicalement nécessaires. Je sais que dans bien des cas, elles représentent un moyen efficace d'offrir des services de santé à moindre coût, et souvent en ayant recours à des techniques avancées. J'entends, par contre, veiller à ce que les services de santé médicalement nécessaires soient dispensés suivant des modalités uniformes et cela, quel que soit l'endroit ou ils sont offerts. Les principes de la *Loi canadienne sur la santé* sont suffisamment souples pour permettre l'évolution de la médecine et de la prestation des soins de santé. Cependant, cette évolution ne saurait mener à la création d'un système de santé à deux paliers.

Comme je l'ai déjà mentionné dans cette lettre, même si la question des frais modérateurs constitue ma préoccupation immédiate, je m'inquiète également des questions plus générales soulevées par la prolifération des cliniques privées. Je crains que cette prolifération ne se traduise, à plus ou moins long terme, par une érosion de notre système de santé public, ce qui aurait pour résultat de limiter l'accès dont jouit la population canadienne aux services de santé médicalement nécessaires. L'énoncé de politique auquel la réunion d'Halifax a donné lieu, témoigne bien de ces préoccupations. Les ministres de la Santé présents, à l'exception de la Ministre de l'Alberta, ont convenu :

> d'entreprendre toute démarche qui pourrait être nécessaire pour réglementer l'établissement des cliniques privées au Canada et maintenir un régime d'assurance-santé de grande qualité par les gouvernements.

La question des cliniques privées soulève de nombreuses préoccupations au sein du gouvernement fédéral, préoccupations que les provinces partagent. On s'inquiète entre autres :

- de l'affaiblissement de l'appui du public au système de santé administré et financé par l'État;
- de la diminution de la capacité des gouvernements de contrôler les coûts de la santé une fois que ceux-ci sont passés du secteur public au secteur privé;
- de la possibilité, comme en fait foi l'expérience vécue ailleurs, que les établissements privés concentrent leurs efforts sur les actes médicaux les plus faciles, laissant aux établissements publics le soin de s'occuper des cas plus complexes et plus coûteux;
- de la capacité qu'ont les établissements privés d'offrir aux professionnels de la santé des encouragements financiers susceptibles de les inciter à se désengager du système de santé public (incitant ces établissements à mobiliser leurs ressources financières afin d'attirer les consommateurs, plutôt que d'améliorer la qualité des soins offerts).

Le seul moyen de composer efficacement avec ces préoccupations consiste à réglementer l'exploitation des cliniques privées.

Je demande donc aux ministres de la Santé des provinces qui ne l'ont pas encore fait d'établir des cadres réglementaires régissant l'exploitation des cliniques privées. J'aimerais souligner que même si je me préoccupe surtout de l'élimination des frais modérateurs, il est tout aussi important que ces cadres réglementaires soient mis en place pour assurer un accès raisonnable aux services de santé médicalement nécessaires et pour favoriser la viabilité du système de santé financé et administré par l'État. À mon avis, il faut procéder sans tarder à leur mise en œuvre.

N'hésitez pas à prendre contact avec moi pour des éclaircissements au sujet de ma position sur les cliniques privées et les frais d'établissement. Mes fonctionnaires, quant à eux, sont prêts à rencontrer les vôtres quand ils le souhaiteront pour en discuter. Il faudrait d'ailleurs selon moi, que nos fonctionnaires se concentrent, au cours des prochaines semaines, sur les préoccupations plus générales concernant les cliniques privées.

Comme je l'ai mentionné au début de la présente lettre, la *Loi canadienne sur la santé* fait l'objet d'interprétations divergentes touchant un bon nombre d'autres pratiques. Je préfère généralement que les problèmes touchant l'interprétation de la *Loi* soient résolus par consensus fédéral-provincial-territorial en tenant compte des principes fondamentaux de la *Loi*. J'ai, par conséquent, encouragé les deux paliers de gouvernement à tenir des consultations dans tous les cas où il y avait de tels désaccords. En ce qui a trait à des situations telles que la couverture des frais médicaux engagés hors de la province de résidence ou à l'étranger, j'ai l'intention de poursuivre les consultations dans la mesure où elles sont susceptibles de mener à des conclusions satisfaisantes, dans des délais raisonnables.

En terminant, j'aimerais citer monsieur le juge Emmett M. Hall qui nous rappelait en 1980 que :

> « ...dans notre société, le traumatisme causé par les maladies, la douleur engendrée par les opérations chirurgicales et le lent acheminement vers la mort constituent suffisamment de fardeaux sans avoir à y ajouter celui qui provient des frais médicaux et hospitaliers frappant le malade au moment où il est vulnérable. »

Je suis convaincue, qu'en gardant cet avis à l'esprit, nous continuerons de conjuguer nos efforts en vue de sauvegarder et de renouveler ce qui pourrait bien être notre plus remarquable projet social.

Enfin, comme les questions traitées dans la présente lettre revêtent une importance certaine pour les Canadiens et Canadiennes, je compte la rendre publique une fois que tous les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé l'auront reçue.

Veuillez agréer, cher collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Diane Marleau

Ministre de la Santé

ANNEXE C

Processus de prévention et de règlement des différends liés à la Loi canadienne sur la santé

En avril 2002, l'honorable A. Anne McLellan décrivait, dans une lettre qu'elle adressait à ses homologues provinciaux et territoriaux, un processus de prévention et de règlement des différends reliés à la *Loi canadienne sur la santé* dont avaient convenu l'ensemble des provinces et des territoires à l'exception du Québec. Le processus permet de satisfaire au désir des administrations fédérale, provinciales et territoriales de prévenir les différends reliés à l'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé* et, lorsqu'il est impossible d'y parvenir, de les régler d'une façon équitable, transparente et opportune.

Le processus comprend des activités de règlement des différends liés à l'échange de renseignements entre les gouvernements; la discussion et la clarification des questions, dès qu'elles sont soulevées; la participation active des gouvernements aux comités spéciaux fédéraux-provinciaux-territoriaux des questions liées à la *Loi canadienne sur la santé*; ainsi que des évaluations préalables, si celles-ci sont demandées.

Si les activités de prévention des différends échouent, des activités de règlement des différends peuvent être amorcées, et ce, en commençant par des activités de détermination des faits et des négociations entre les gouvernements. Si ces activités se révèlent infructueuses, l'un des ministres de la Santé visés peut reporter les questions à un groupe tiers pour qu'il entreprenne la détermination des faits et fournisse conseils et recommandations.

La ministre fédérale de la Santé détient le pouvoir final de décision en ce qui concerne l'interprétation et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. En décidant si elle doit invoquer les dispositions de non-conformité de la loi, la ministre prendra en considération le rapport du groupe.

En septembre 2004, l'accord conclu entre les provinces et les territoires en 2002 a été officialisé par les premiers ministres, réitérant ainsi leur engagement concernant l'utilisation du Processus de prévention et de règlement des différends de la *Loi canadienne sur la santé* pour régler les questions d'interprétation associées à la loi.

Vous trouverez dans les pages suivantes le texte intégral de la lettre de la ministre McLellan à l'honorable Gary Mar, ainsi qu'un feuillet d'information sur le processus de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*.

Minister of Health | Ministre de la Santé

Ottawa, Canada K1A 0K9

Le 2 avril 2002

L'honorable Gary Mar
Ministre de la Santé et du Mieux-être
Province de l'Alberta
Édifice Legislature, pièce 323
Edmonton (Alberta)
T5K 2B6

Monsieur,

La présente fait suite à mon engagement d'avancer à aller de l'avant avec le processus de prévention et de règlement des différends liés à l'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé.*

Je comprends que les gouvernements des provinces et des territoires tiennent à ce qu'une tierce partie fournisse des avis et des recommandations lorsque des divergences d'interprétation de la *Loi canadienne sur la santé* se produisent. Ce point a été intégré au processus de Prévention et règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé* qui est exposé ci-dessous. Je crois que ce processus nous permettra de prévenir ou de régler, de façon équitable, transparente et rapide, les problèmes d'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé.*

Prévention des différends

Le meilleur moyen de résoudre les différends liés à la *Loi canadienne sur la santé* est d'abord de prévenir qu'ils se produisent. Le gouvernement n'a eu recours qu'exceptionnellement aux pénalités et seulement lorsque toutes les tentatives pour régler le litige se sont révélées infructueuses. La prévention des différends a produit de bons résultats pour nous par le passé et elle pourra servir nos intérêts communs à l'avenir. Par conséquent, il est important que les gouvernements continuent de participer activement à des comités fédéraux-provinciaux-territoriaux spéciaux sur les questions relatives à la *Loi canadienne sur la santé* et d'entreprendre, de gouvernement à gouvernement, des échanges d'information, des discussions et des efforts de clarification des questions à mesure qu'elles surgiront.

En outre, Santé Canada s'engage à fournir, à la demande d'une province ou d'un territoire, des évaluations préalables.

Règlement des différends

Lorsque les activités visant à prévenir un différend entre le gouvernement fédéral et un gouvernement provincial ou territorial se sont révélées infructueuses, l'un ou l'autre des ministres de la Santé concernés peut déclencher le processus de règlement des différends en rédigeant, à l'intention de son homologue, une lettre dans laquelle il expose la question litigieuse. Une fois entrepris, le processus de règlement des différends devra être complété avant de prendre toute mesure en vertu des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la non-conformité.

Tout d'abord, dans les 60 jours suivant la date de la lettre de déclenchement du processus, les gouvernements qui seront parties au différend feront conjointement ce qui suit :

- ils recueilleront et mettront en commun tous les faits pertinents;
- ils rédigeront un rapport sur l'établissement des faits;
- ils négocieront en vue de résoudre la question litigieuse; et
- ils rédigeront un rapport sur la façon utilisée pour régler la question.

Toutefois, s'il advenait qu'on ne s'entende pas sur les faits ou que les négociations ne mènent pas au règlement de la question, l'un ou l'autre des ministres de la Santé concernés par le différend pourra déclencher le processus visant à référer la question à une tierce partie en écrivant à son homologue. Un comité spécial sera constitué dans les 30 jours qui suivront la date de cette lettre. Il se composera d'une personne désignée par la province ou le territoire ainsi que d'une personne désignée par le gouvernement fédéral. Ces deux personnes choisiront ensemble un président. Le comité spécial évaluera la question litigieuse conformément aux dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*, entreprendra l'établissement des faits et formulera des conseils et des recommandations. Il présentera ensuite un rapport sur la question aux gouvernements en cause dans les 60 jours qui suivront la création du groupe.

Le ministre de la Santé du Canada détient l'autorité ultime en ce qui concerne l'interprétation et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Avant de décider s'il invoquera les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la non-conformité, le ministre de la Santé du Canada prendra le rapport du comité spécial en considération.

Rapports publics

Les gouvernements divulgueront au public les activités de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*, y compris tout rapport d'un comité spécial.

J'estime que le gouvernement du Canada a donné suite aux engagements pris dans l'accord de septembre 2000 en matière de santé en fournissant 21,1 milliards de dollars au moyen du cadre financier et en collaborant dans d'autres domaines cernés dans l'accord. Je m'attends à ce que tous les premiers ministres provinciaux et territoriaux, ainsi que leurs ministres de la Santé, respectent le cadre d'imputabilité à l'égard du système de santé qu'ils ont accepté en septembre 2000. Le travail de nos représentants au sujet des indicateurs de rendement a été marqué par la collaboration et l'efficacité jusqu'à maintenant. La population canadienne s'attendra à ce que nous lui rendions des comptes au sujet de tous les indicateurs d'ici la date qui a été convenue, soit septembre 2002. Bien qu'un certain nombre de gouvernements, à ce que je sache, ne pourront peut-être pas rendre compte avec précision de tous les indicateurs d'ici cette date, l'obligation de rendre des comptes à la

population canadienne est une composante essentielle de nos efforts pour renouveler notre système de santé. Il m'apparaît très important que les gouvernements travaillent à rendre des comptes au sujet de tous les indicateurs.

De plus, j'espère que tous les gouvernements provinciaux et territoriaux participeront au processus d'examen conjoint que tous les premiers ministres signataires de l'Entente-cadre sur l'union sociale avaient convenu de faire et termineront ce processus.

Le processus de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé* exposé dans la présente lettre est clair et simple. Si, plus tard, des modifications s'avéraient nécessaires, je m'engage à examiner le processus avec vous et les autres ministres provinciaux et territoriaux de la Santé. En procédant ainsi, nous démontrerons aux Canadiens et Canadiennes que nous sommes déterminés à renforcer et à préserver l'assurance-santé en prévenant et en réglant rapidement et équitablement les différends liés à la *Loi canadienne sur la santé.*

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

A. Anne McLellan

Fiche d'information : Processus de prévention et de règlement des différends liés à la Loi canadienne sur la santé

Portée

Les dispositions décrites s'appliquent à l'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé.*

Prévention des différends

Afin d'éviter et de prévenir les différends, les gouvernements continueront :

- de participer activement des comités fédéraux-provinciaux-territoriaux spéciaux sur les litiges liés la *Loi canadienne sur la santé;*
- utiliser un processus bilatéral d'échange d'information, de discussion et de clarification lorsque des conflits surviennent.

Santé Canada s'engage à présenter des évaluations préalables aux provinces et aux territoires qui en font la demande.

Règlement des différends lorsque la prévention des différends entre le gouvernement fédéral et un gouvernement provincial ou territorial n'a mené à rien, n'importe quel ministre de la Santé touché peut mettre en oeuvre le règlement des différends en écrivant à son homologue. La lettre comprendra une description du différend. S'il est mis en œuvre, le règlement des différends précédera toute mesure prise en vertu du non-respect des dispositions de la loi.

En guise de première étape, les gouvernements touchés acceptent d'effectuer conjointement ce qui suit dans les 60 jours suivant la date de la lettre :

- recueillir et partager tous les faits pertinents;
- rédiger un rapport d'établissement des faits;
- négocier en vue de régler le conflit; et
- rédiger un rapport expliquant comment on a résolu le conflit.

Si l'on ne s'entend pas quant aux faits ou si les négociations échouent, n'importe quel ministre de la Santé engagé dans le conflit peut mettre en oeuvre le processus de renvoi du litige à un comité en écrivant à son homologue.

- Dans les 30 jours suivant la date de la lettre, un comité sera établi. Le comité sera formé d'un représentant nommé par le gouvernement provincial ou territorial et un représentant nommé par le gouvernement fédéral, lesquels choisiront ensemble un président.
- Le comité évaluera le différend en fonction des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*, entreprendra l'établissement des faits, offrira des conseils et présentera des recommandations.
- Le comité présentera, dans les 60 jours suivant sa nomination, un rapport aux gouvernements en question.

Le ministre de la Santé du Canada détient l'autorité ultime en ce qui concerne l'interprétation et l'application de la *Loi canadienne sur la santé.* Afin de décider s'il invoquera les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la non-conformité, le ministre de la Santé du Canada prendra le rapport du comité en considération.

Présentation de rapports au public

Les gouvernements présenteront des rapports au public sur les activités de prévention et de règlement des différends liés à la Loi canadienne sur la santé, y compris tout rapport présenté par le comité.

Révision

Le ministre de la Santé du Canada s'engage à revoir le processus avec les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé si des ajustements s'avèrent éventuellement nécessaires.

ANNEXE D

Glossaire des termes utilisés dans le Rapport annuel

Les termes dans ce glossaire sont définis dans le contexte de la *Loi canadienne sur la santé*. Ils peuvent être définis ou interprétés différemment dans d'autres situations.

Terme	Description
Absence temporaire	En application du critère de transférabilité de la *Loi canadienne sur la santé* [alinéa 11(1)*b)*], le terme « absence temporaire » est utilisé lorsqu'un assuré s'absente de sa province ou de son territoire d'origine pour affaires, des études, des vacances ou pour d'autres motifs, sans s'établir en permanence dans une autre province, un autre territoire ou un autre pays.
Accord sur l'admissibilité et la transférabilité	Le premier Accord interprovincial-territorial sur l'admissibilité et la transférabilité a été approuvé par les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé en 1971 et mis en œuvre en 1972. L'Accord fixe les normes minimales relatives à l'admissibilité et à la transférabilité interprovinciales et territoriales des régimes d'assurance-santé. Les provinces et les territoires appliquent de leur plein gré les dispositions de l'Accord, facilitant ainsi la mobilité des Canadiens et leur accès aux services de santé partout au Canada. Les agents responsables se réunissent périodiquement pour examiner et réviser l'Accord.
Admission	Acceptation officielle, dans un établissement de soins de santé, d'une personne qui a besoin de services médicaux ou de services de santé d'une durée limitée, et attribution d'un lit à cette personne.

Terme	Description
Caisse supplémentaire d'assurance-santé (CSAS)	Caisse, administrée par la Division de la Loi canadienne sur la santé, qui aide les ayants droit qui, sans que ce soit de leur faute, ont perdu ou n'ont pu obtenir la protection d'un régime d'assurance-santé provincial ou territorial pour des services de santé assurés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. Cette caisse a été constituée pour la première fois en 1972 alors que la transférabilité de l'assurance entre les provinces variait et entraînait des divergences dans les règles d'admissibilité selon lesquelles un habitant du Canada pouvait ne pas être admissible, de façon temporaire, à l'assurance-santé d'une province ou d'un territoire à la suite d'un changement de province ou de statut d'admissibilité à des soins de santé (p. ex. libération de la GRC ou des Forces canadiennes). L'adoption de la *Loi canadienne sur la santé*, en 1984, a mis un terme aux divergences entre les périodes d'admissibilité des provinces, source de la plupart des préoccupations et raison de l'établissement de la Caisse. Le solde de la Caisse est actuellement de 28 387 $. Cinq demandes d'indemnisation ont été présentées à la CSAS depuis 1986, mais aucune ne remplissait les conditions de remboursement.
Chirurgie	Traitement de maladies, de blessures ou d'autres types d'affections par intervention manuelle ou instrumentale pour réparer, enlever ou remplacer un organe, un tissu ou une partie du corps, ou pour retirer des corps étrangers.
Entente de facturation réciproque des soins hospitaliers	Entente bilatérale conclue entre deux provinces ou entre une province et un territoire ou entre deux territoires, qui permet le traitement réciproque des demandes de remboursement de l'une ou l'autre administration pour des services hospitaliers fournis hors province ou hors territoire aux malades hospitalisés ou externes. En vertu d'une telle entente, les services hospitaliers assurés sont payables selon les tarifs approuvés de la province ou du territoire d'accueil ou selon ce qui a été convenu par les parties en cause ou par le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé.
Entente de facturation réciproque des soins médicaux	Entente bilatérale conclue entre deux provinces ou entre une province et un territoire ou entre deux territoires, qui autorise le traitement réciproque des demandes de remboursement pour des services médicaux fournis en dehors de la province ou du territoire d'origine par un médecin autorisé. Lorsqu'une telle entente existe, le service médical assuré est payable selon le tarif approuvé de la province ou du territoire d'accueil.
Établissement de chirurgie d'un jour	Établissement de soins de santé qui fournit des services de chirurgie de courte durée (d'un jour seulement).
Établissement de chirurgie privé	Établissement de soins de santé de propriété privée qui fournit des services de chirurgie.
Établissement de diagnostic privé	Établissement de soins de santé du secteur privé qui fournit des analyses de laboratoire, des services de radiologie et d'autres services de diagnostic.

Terme	Description
Honoraires forfaitaires	Honoraires fixes habituellement imposés une fois par année aux patients pour couvrir le coût d'un ensemble préétabli de services fournis par un médecin qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance-santé provincial ou territorial – p. ex. les consultations téléphoniques, la fourniture de certificats médicaux et le renouvellement d'ordonnances par téléphone.
Imagerie diagnostique	Technique qui décèle ou détermine la présence de diverses maladies ou affections au moyen d'équipement d'imagerie médicale, dont les densitomètres pour la densité minérale de l'os, les mammographes, les appareils d'imagerie par résonance magnétique, le matériel de médecine nucléaire, les appareils à ultrasons, les tomodensitomètres, les appareils de radiographie et les fluoroscopes.
Malade externe	Personne admise dans un hôpital, une clinique ou un autre établissement de soins de santé afin d'y recevoir un traitement pour lequel elle n'a pas besoin d'y passer la nuit.
Malade hospitalisé	Personne admise dans un hôpital, une clinique ou un autre établissement de soins de santé afin d'y recevoir un traitement pour lequel elle doit y passer au moins une nuit.
Médecin ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	Médecin qui exerce en dehors du régime d'assurance-santé provincial ou territorial et qui facture ses patients directement selon le barème d'honoraires de la province ou du territoire. Le régime provincial ou territorial rembourse les patients des médecins qui ont opté pour le retrait du régime, jusqu'à concurrence du montant prévu par le régime, aux termes de l'entente sur le barème d'honoraires.
Médecin non participant	Médecin qui exerce entièrement en dehors du régime d'assurance-santé provincial ou territorial. Ni le médecin ni le patient ne sont admissibles à la couverture des services fournis ou reçus offerte par le régime d'assurance-santé de la province ou du territoire. Le médecin non participant peut donc fixer ses propres honoraires, qui lui sont payés directement par le patient.
Médecin participant	Médecin autorisé inscrit à un régime d'assurance-santé provincial ou territorial.
Omnipraticien	Médecin autorisé qui exerce la médecine en milieu communautaire dans une province ou un territoire et qui renvoie les patients à des spécialistes lorsque le diagnostic le justifie. L'omnipraticien peut entre autres fournir les services suivants : consultation, diagnostic, aiguillage, counseling, conseils sur les soins de santé et la prévention des maladies, chirurgies mineures et prescription de médicaments.
Produits ou services médicaux perfectionnés	Produits ou services médicaux fournis de pair avec des services assurés. Il s'agit habituellement d'un produit ou d'un service de classe supérieure qui n'est pas médicalement nécessaire et qui est fourni à un patient pour des raisons de préférence personnelle ou de commodité.
Rémunération à l'acte	Mode de rémunération des médecins basé sur un barème d'honoraires qui détaille chaque service fourni et accorde des honoraires pour ce service.

Terme	Description
Services médicalement nécessaires	En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, les gouvernements provinciaux et territoriaux doivent fournir à leurs habitants des services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires prépayés, selon des modalités uniformes. La *Loi* ne définit pas les services médicalement nécessaires. Il incombe aux régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux de déterminer, de concert avec les collèges ou les groupes de médecins respectifs, quels services sont médicalement nécessaires aux fins de l'assurance-santé. S'il est établi qu'un service est médicalement nécessaire, le coût du service doit être entièrement payé par le régime d'assurance-santé public pour que les dispositions de la *Loi* soient respectées. Si un service n'est pas jugé médicalement nécessaire, la province ou le territoire n'est pas dans l'obligation de le payer par le biais de son régime d'assurance-santé.
Soins de courte durée	Services de santé fournis aux personnes ayant une affection grave et soudaine qui nécessite une observation et des soins infirmiers professionnels continus. L'observation postopératoire dans une unité de soins intensifs, et les services de soins et d'observation fournis en attendant une chirurgie d'urgence sont des exemples de soins de courte durée.
Soins de longue durée	Soins requis par une personne atteinte d'une maladie chronique ou d'une déficience fonctionnelle (physique ou mentale), qui a traversé la phase aiguë de la maladie, dont les processus vitaux sont stables ou non et qui a besoin de surveillance d'un médecin et d'un éventail de services qui ne peuvent être fournis que dans un hôpital.
Soins de réadaptation	Services de soins de santé fournis aux personnes qui ont besoin d'une aide professionnelle pour recouvrer des capacités physiques et leur autonomie à la suite d'une maladie ou d'une blessure. La thérapie dont a besoin une personne qui se remet d'un accident cérébrovasculaire (p. ex. physiothérapie et orthophonie) est un exemple de soins de réadaptation.
Soins de santé primaires	Les soins de santé primaires forment la base du système de soins de santé au Canada. En général, ce sont les soins de santé de première ligne fournis directement par un médecin, une infirmière ou un autre professionnel de la santé, et coordonnés afin d'assurer la continuité des soins et de faciliter le mouvement du patient dans le système de soins de santé lorsqu'il a besoin de services plus spécialisés (p. ex. de spécialistes ou à l'hôpital).
Spécialiste	Médecin autorisé exerçant dans une province ou un territoire et dont la tâche principale consiste à accomplir des actes diagnostiques et thérapeutiques spécialisés. Parmi les spécialités, mentionnons l'anesthésie, la dermatologie, la chirurgie générale, la gynécologie, la médecine interne, la neurologie, la neuropathologie, l'ophtalmologie, la pédiatrie, la chirurgie plastique, la radiologie et l'urologie.
Tiers payeurs	Organismes tels que les commissions d'indemnisation des accidentés du travail, les compagnies d'assurance-santé privées et les régimes d'assurance-santé des employeurs qui paient les services de santé assurés fournis à leurs clients et à leurs employés.

Coordonnées des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé

Terre-Neuve-et-Labrador
Ministère de la Santé et des Services communautaires
Édifice Confederation
B.P. 8700
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1B 4J6
(709) 729-5021
www.gov.nl.ca/health

Île-du-Prince-Édouard
Ministère de la Santé
B.P. 2000
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard) C1A 7N8
(902) 368-6130
www.gov.pe.ca/health

Nouvelle-Écosse
Ministère de la Santé
B.P. 488
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2R8
(902) 424-5818
www.gov.ns.ca/health/

Nouveau-Brunswick
Ministère de la Santé
B.P. 5100
Frédéricton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8
(506) 457-4800
www.gnb.ca/

Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec) G1S 2M1
(418) 266-7005
www.msss.gouv.qc.ca

Ontario
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Édifice Hepburn, 10e étage
80, rue Grosvenor
Toronto (Ontario) M7A 1R3
1-800-268-1153
www.gov.on.ca/health

Manitoba
Ministère de la Santé du Manitoba
300, rue Carlton
Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9
1-800-392-1207
www.gov.mb.ca/health

Saskatchewan
Saskatchewan Health
3475 Albert Street
Regina, SK S4S 6X6
1-800-667-7766
www.health.gov.sk.ca

Alberta
Alberta Health and Wellness
P.O. Box 1360, Station Main
Edmonton, AB T5J 2N3
(780) 427-1432
www.health.gov.ab.ca/

Colombie-Britannique
Ministère des Services de Santé
1515, rue Blanshard
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 3C8
Sans frais en C.B. : 1-800-465-4911
À Victoria : 250-952-1742
www.gov.bc.ca/health

Yukon
Health and Social Services
204 Lambert Street, 4th Floor
Financial Plaza
Whitehorse, YT Y1A 2C6
1-867-667-5202
www.hss.gov.yk.ca/

Territoires du Nord-Ouest
Ministère de la Santé et des Services sociaux
B.P. 1320
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest) X1A 2L9
1-800-661-0830 ou 1-867-777-7413
www.hlthss.gov.nt.ca

Nunavut
Ministère de la Santé et des Services sociaux
C.P. 1000, succursale 1000
Iqaluit (Nunavut) X0A 0H0
1-867-975-5700
www.gov.nu.ca/health/